

Pidä itsestäsi huolta!

Ikääntyvien toimintakykyintervention suunnittelu ja arviointi Precede-Proceed-mallia soveltaen

Erja Tammelin
Hanna Uusitalo

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2020
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sosionomi (ylempi AMK), Sairaanhoidaja (ylempi AMK)
Terveysten edistäminen

Tekijä(t) Tammelin, Erja Uusitalo, Hanna	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Kesäkuu 2020
	Sivumäärä 72	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Pidä itsestäsi huolta! Ikääntyvien toimintakykyintervention suunnittelu ja arviointi Precede-Proceed-mallia soveltaen		
Tutkinto-ohjelma Terveiden edistämisen tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Mari Punna		
Toimeksiantaja(t) Äänekosken kaupunki, Arjen tuki		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Suomessa tulisi varautua aiempaa systemaattisemmin meneillään olevaan ikärakenteen muutokseen. Vuoden 2018 lopussa sataa työssä käyvää suomalaista kohden oli 60,8 alle 15-vuotiaasta ja 65 vuotta täyttänyttä. Palvelurakenteen uudistaminen on tullut ajankoh- taiseksi, koska edellä kuvattu väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja eläkeläisten määrä työ- ikäiseen väestöön nähden on muuttunut.</p> <p>Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystal- veluista velvoittaa kuntia huolehtimaan ikäihmisten hyvinvoinnista, terveydestä sekä toi- mintakyvystä ja tukemaan heitä itsenäiseen suoriutumiseen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehostaa ikääntyvien ennaltaehkäisevää työtä Äänekosken kaupungissa, lisätä ikäänty- vien tietoisuutta omasta toimintakyvystä sekä vastuunottoa omasta terveydestä ja hyvin- voinnista. Tavoitteena oli suunnitella, pilotoida ja arvioida ennaltaehkäisevä ryhmämuotoi- nen toimintakyvyn mittausta- ja hyvinvointitapahtuma ikääntyville Precede-Proceed-mallia hyödyntäen.</p> <p>Opinnäytetyö oli tutkimuksellinen kehittämistyö. Tuotos oli ikääntyvien matalankynnyksen toimintakykymittaus- ja hyvinvointitapahtuma. Tapahtumaa varten kehitettiin toimintaky- vyn omaseurantalomake, johon kirjattiin tapahtumassa kävijän toimintakyvyn mittaustu- lokset. Toteutetun intervention ja siitä saadun palautteen perusteella tapahtumaan osallis- tuneet ikääntyvät ovat kiinnostuneita toimintakyvystään ja pitivät toimintakyvyn mittausta hyödyllisenä.</p> <p>Pilotoitu ryhmämuotoinen interventio ja kehitetty omaseurantalomake ovat käytettävissä eri konteksteissa valitsemalla kohderyhmälle soveltuvia teemoja ja mittareita.</p>		
Avainsanat (asiasanat) terveyden edistäminen, hyvinvoinnin edistäminen, terveyden lukutaito, terveystietämyk- sen lisääminen, toimintakyky, interventio, Precede-Proceed-malli		
Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Tammelin, Erja Uusitalo, Hanna	Type of publication Master's thesis	Date June 2020
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 72	Permission for web publication: x
Title of publication Take care of yourself! Design and Evaluation of functional capacity intervention for elderly using the Precede- Proceed -model		
Degree programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Supervisor(s) Punna, Mari		
Assigned by City of Äänekoski, Daily Support		
<p>Abstract</p> <p>Finland should prepare more systematically for the ongoing change in the age structure. At the end of 2018, there were 60.8 persons under the age of 15 and those over the age of 65 per 100 employees in Finland. Therefore, restructuring of the service system is needed because the population dependency ratio described above, i.e. the number of children and pensioners in relation to the working age population, has changed.</p> <p>The Acts on Supporting the Capacity of the Elderly Population and on the Social and Health Services of the Elderly oblige municipalities to take care of the well-being, health and functional capacity of older people and to support their independent performance. The aim of the thesis was to improve the preventive work for the elderly in the city of Äänekoski and to raise older people's awareness of their own ability to act and take responsibility for their own health and well-being. The objective was to design, pilot and evaluate a preventive group-based functional capability measurement and well-being event for older people using the Precede-Proceed-model.</p> <p>The output of the thesis was a well-being event for the elderly, in which functional capacity measurements were taken. A self-monitoring form for functional capacity was developed for the event, which recorded the results of the visitor's performance measurements. Based on the intervention and the feedback received, the older participants in the event were interested in their ability to function and considered the measurement of performance to be useful.</p> <p>The pilot group intervention and the self-monitoring form are available in different contexts by selecting themes and metrics appropriate for the target group.</p>		
Keywords/tags (subjects) health promotion, well-being promotion, health literacy, health behavior, ability to function, intervention, Precede - Proceed model		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Toimintakyvyn ulottuvuudet ja arviointi	4
2.1	Fyysinen toimintakyky	5
2.2	Psyykkinen toimintakyky	6
2.3	Kognitiivinen toimintakyky	8
2.4	Sosiaalinen toimintakyky	10
2.5	Toimintakyvyn mittaaminen	12
3	Ikääntyvien terveyttä ja hyvinvointia tukeva toiminta.....	13
3.1	Ikääntyvän terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen painopisteet.....	14
3.2	Terveyden lukutaito	16
3.3	Vastuun ottaminen omasta terveydestä ja hyvinvoinnista	17
3.4	Terveyskäyttäytyminen	19
4	Ikääntyville suunnattu interventio	20
4.1	Teoriat ja mallit	20
4.2	Toteutustapa tai -menetelmä	22
4.3	Kehittämistyön menetelmät	22
4.4	Muutostekniikat	24
4.5	Ikääntyvien omat odotukset	25
5	Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet	26
6	Precede–Proceed-mallin soveltaminen ikääntyvien toimintakykyintervention suunnittelussa ja arvioinnissa.....	28
6.1	Kohderyhmä	30
6.2	Sosiaalinen arviointi	31
6.3	Epidemiologinen arviointi	34
6.4	Käyttäytymisen ja ympäristön arviointi	35
6.5	Kasvatuksellinen ja organisaation arviointi.....	37
6.6	Hallinnollinen ja poliittinen arviointi.....	39
6.7	Intervention toteutus	40

6.8	Prosessin, vaikutusten ja tulosten arviointi	45
7	Pohdinta ja johtopäätökset.....	49
7.1	Kehittämistyön suunnittelu, toteutus ja arviointi	50
7.2	Eettisyys.....	54
7.3	Luotettavuus.....	55
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	58
	Lähteet	60
	Liitteet.....	71
	Liite 1. Toimintakyvyn omaseurantalomake "seulalomake"	71

Kuviot

Kuvio 1. Sosiaalinen toimintakyky	11
Kuvio 2. Kehittämistyön aikataulu	28
Kuvio 3. Precede-Proceed-malli Green & Kreuter 1991.....	29
Kuvio 4. Precede-Proceed-malli Ikääntyvien hyvinvointitapahtumassa	30
Kuvio 5. Äänekosken ja naapurikuntien sairausryhmittäiset indeksit	35
Kuvio 6. Yhteenveto tapahtuman sähköisestä palautteesta (N=34)	46
Kuvio 7. Yhteenveto tapahtuman palautelomakkeista (N=25)	47

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkkejä terveyden edistämisen eri vaiheisiin sovellettavista teorioista ja malleista	21
Taulukko 2. Äänekosken ja naapurikuntien ikävakioitu sairastavuusindeksi.....	34
Taulukko 3. Nelikenttämalli muutoskohteiden valintaan ja arviointiin	36

1 Johdanto

Suomen tulisi aiempaa systemaattisemmin varautua meneillään olevaan ikärakenteen muutokseen. Vuoden 2018 lopussa Suomessa oli noin 880 000 alle 15 -vuotiasta ja 65 vuotta täyttäneitä noin 1 200 000. Niin sanottu väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja eläkeläisten osuus sataa työssä käyvää kohti oli 60,8. Väestöllinen huoltosuhde on ollut matalimmillaan vuonna 1984 (46,7). (Väestörakenne, Tilastokeskus.)

Palvelurakenteen uudistaminen on tullut ajankohtaiseksi ikärakenteen muutoksen myötä. Suomen väestöstä reilusta miljoonasta 65 vuotta täyttäneestä lähes miljoona asuu itsenäisesti. Säännöllisiä kotiin annettavia palveluja saa 95 000 ihmistä ja yli 50 000 ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevaa hoidetaan muualla kuin yksityiskodissa. Eri puolilla Suomea väestönkehityksessä on eroja. Tästä syystä kuntien suunnittelu ikääntyneiden terveyden ja toimintakyvyn edistämisen ja palvelujen järjestämisen suhteen on keskenään poikkeavaa. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää palvelujen sisältöön sekä ikäihmisten parissa toimivien ammattitaidon kehittämiseen. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 10-11.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista velvoittaa kuntia huolehtimaan ikäihmisten hyvinvoinnista, terveydestä sekä toimintakyvystä ja tukemaan heitä itsenäiseen suoriutumiseen (L980/2012, 2§). Myös hallituksen vuosille 2016 – 2018 laatimassa kärkihankesuunnitelmassa asetettiin tavoitteeksi muun muassa edistää kansanterveyttä, kansalaisten liikkumista, terveellisiä elämäntapoja ja ravintotottumuksia sekä vastuunottoa omasta elämästä (Larivaara 2016, 4). Lain velvoitetta voidaan toteuttaa neuvontapalvelujen, terveystarkastusten, vastaanottojen sekä kotikäyntien avulla. Ikääntyville suunnatun ohjauksen on tähdättävä ennaltaehkäisevään toimintaan. Tärkeää on tunnistaa ne sosiaaliset sekä terveydelliset ongelmat, jotka voivat heikentää ikääntyvän terveyttä ja toimintakykyä sekä tarjota näihin liittyvää varhaista tukea. Kunnissa palveluja järjestettäessä on huomioitava, että ne ovat myös ikääntyvän väestön saatavissa yhdenvertaisesti. (L 980/2012, 7§ & 12§.) Kuntaliitoksista johtuen Äänekosken kaupungin palvelut ovat vähitellen keskittyneet keskustaajamaan. Ympäröivien taaja-

mien asukkaat ovat ilmaisseet huoltaan palvelujen etääntymisestä asuinympäristöstään. Tällä kehittämistyöllä halutaan luoda ennaltaehkäisevä palvelu ikääntyville, joka on mahdollista toteuttaa heidän asuinalueillaan säännöllisesti.

Ikääntyville kohdennettujen ennaltaehkäisevien palvelujen keskeisenä tavoitteena on, että ihmiset ikääntyessäänkin kykenisivät asumaan omissa kodeissaan mahdollisimman itsenäisesti ja mahdollisimman pitkään (Koivula 2013, 27). Tämän kehittämistyön teoreettinen viitekehys muodostuu ikääntyvien terveyttä ja toimintakykyä tukevan toiminnan osa-alueista, toimintakyvyn ulottuvuuksista ja mittaamisesta sekä ikääntyvien terveyttä edistävän intervention suunnittelun ja toteutuksen teemoista. Keskeisiä käsitteitä ovat terveyden edistäminen, hyvinvoinnin edistäminen, terveyden lukutaito, terveyskäyttäytyminen, toimintakyky, interventio ja Precede-Proceed-malli.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on tehostaa ikääntyvien ennaltaehkäisevää työtä Äänekosken kaupungissa, lisätä ikääntyvien tietoisuutta omasta toimintakyvystään sekä vastuunottoa omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Terveyskäyttäytymisellä ja terveystavoilla on keskeinen merkitys toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena on suunnitella, pilotoida ja arvioida ennaltaehkäisevä ryhmämuotoinen hyvinvointitahtuma ikääntyville Precede - Proceed -mallia hyödyntäen.

2 Toimintakyvyn ulottuvuudet ja arviointi

Toimintakyvyn määrittely vaihtelee. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos jakaa toimintakyvyn fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen (Mitä toimintakyky on? 2019). Pohjolaisen ja Heimosen (toim. 2009) julkaisussa toimintakyky on jaettu fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen siten, että kognitiivinen on liitetty osaksi psyykkistä toimintakykyä (Pohjolainen, Heimonen & Simonen 2009, 49–74).

Yksilön fyysiset, psyykkiset sekä sosiaaliset voimavarat selvitä jokapäiväisestä elämästä ja itselle merkityksellisistä asioista osoittavat sen hetkisen toimintakyvyn. Ikääntyvien näkökulmasta toimintakyvyn ylläpitäminen on merkittävää omassa ko-

dissa asumisen ja arjessa selviytymisen kannalta. Hyvä toimintakyky voi ennaltaehkäistä syrjäytymistä sekä auttaa säilyttämään hyvän elämänlaadun ikääntyvän viimeisiin elinvuosiin saakka. Normaalin ikääntymisen myötä toimintakyvyn lasku on kuitenkin väistämätöntä. Tällöin tulee kiinnittää huomiota elinympäristön muutoksiin ja palveluihin, joiden avulla toimintakyvyn alenemisesta johtuvaa haittaa voidaan pienentää. Toimintakykyä voidaan tukea myös muiden ihmisten avulla. (Mitä toimintakyky on? 2019.; Valkeinen & Anttila 2014, 5.)

2.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky kertoo, millaiset fyysiset edellytykset henkilöllä on suoriutua päivittäisistä arjen toiminnoista. Tärkeitä arvioinnin kohteita fyysistä toimintakykyä testatessa ovat lihaskunto, tasapaino, kestävyys, liikkuvuus sekä erilaiset aistitoiminnot, kuten näkö ja kuulo. (Mitä toimintakyky on? 2019.)

Läpi elämän jatkuneella liikunnan harrastamisella on paljon positiivisia vaikutuksia ikääntyvän terveyteen ja toimintakykyyn. Aktiivinen liikkuminen lisää elinikää. Sen vaikutukset ulottuvat myös suotuisasti yksilön fyysiseen sekä henkiseen kyvykkyyteen ja sosiaaliseen elämään. Liikunnalla voidaan vähentää erilaisten sairauksien riskiä ja jopa ehkäistä niitä. Fyysinen aktiivisuus edistää lihaskunnon ylläpitoa, joka on ikääntyvän ihmisen kohdalla merkittävä seikka ja vaikuttaa esimerkiksi kaatumisriskiin. Aerobinen harjoittelu on tärkeää, mutta ennen kaikkea huomiota tulisi kiinnittää ikääntyvien tasapainon parantamiseen sekä lihasvoiman lisäämiseen. (World Report on ageing and health 2015, 70–71.)

Ikääntyville tulisi tarjota interventioita, joilla pystyttäisiin vahvistamaan yksilön minäpystyvyyden tunnetta sekä edistämään fyysistä toimintakykyä. Fyysisen toimintakyvyn intervention tulisi olla usein toistuvaa, jolloin pystytään parhaiten välttämään esimerkiksi nopeasti kehittyvää lihaskatoa. Tasapainoisen minäpystyvyyden tunteen, hyvän fyysisen toimintakyvyn sekä yksilön kivuttomuuden on arvioitu yhdessä vähentävän ikääntyvän ihmisen kaatumisriskiä. Fyysinen vamma voi alentaa minäpystyvyyden tunnetta sekä fyysistä toimintakykyä. Vammoja saattaa olla useita, jolloin it-

sehoitovajaus on mahdollinen ja riippuvuus ulkopuolisten avusta voi lisääntyä. Heikentynyt fyysinen toimintakyky yhdistettynä ikääntyvien tasapainomuutoksiin altistavat niin ikään kaatumisille. Useiden kaatumisten jälkeen fyysinen aktiivisuus laskee lähes poikkeuksetta ja lisää erilaisten terveysongelmien riskiä. Tämä voi heikentää yleisesti elämänlaatua sekä johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen. Fyysisten ja psykososiaalisten etujen vuoksi olisi tärkeää rohkaista ikääntyviä pysymään eri tavoin aktiivisina. (Ngosa Mumba, Mugoya, Jurczyk & Robb 2020, 19–20, 22–23.)

WHO:n fyysisen aktiivisuuden suositusten noudattamisessa on laajalti eroja eri maiden välillä. Suositusten noudattamisen taustalla on esitetty vaikuttavan eri maiden erilaiset kulttuuri- ja ympäristötekijät. Liikuntasuosituksia noudattamalla ikääntyvän väestön keskuudessa voitaisiin välttää maailmanlaajuisesti arviolta 10 miljoonaa uutta dementiatapausta vuosittain. Aivohalvauksesta johtuvaa merkittävää sairauttaakkaa voitaisiin vähentää jo kohtalaisella fyysisellä aktiivisuudella. (Mts. 70–71.)

Biologinen ikääntyminen on yksilöllistä. Kiihtyneen biologisen ikääntymisen on todettu olevan yhteydessä heikkoon käden puristusvoimaan, joka toimii yhtenä fyysisen toimintakyvyn mittarina. Nuorilla ihmisillä biologinen ikä vastaa vielä hyvinkin niin sanottua kalenteri-ikää, mutta vanhetessa yksilölliset erot näiden välillä alkavat näkyä selkeämmin. Etenkin iäkkäillä ihmisillä biologinen ikä saattaa olla huomattavasti alhaisempi verrattuna kalenteri-ikään. (Sillanpää, Laakkonen, Vaara, Rantanen, Kovanen, Sipilä, Kaprio & Ollikainen 2018, 3.)

2.2 Psyykkinen toimintakyky

Psyykkistä toimintakykyä kuvataan mielen voimavaroina ja hyvinvointina. Mielen voimavarojen avulla ihminen kykenee selviytymään arjen haasteista ja kriisitilanteista. Mielen hyvinvointi on mielen terveyttä, joka mahdollistaa itsensä toteuttamisen ja toimimisen yhteisöissä vastavuoroisena jäsenenä. Psyykkiseen toimintakykyyn voidaan liittää myös henkilön tukiverkoston voimavarat. Mielenterveys ei ole vain yksilön psyyken sisäinen tila vaan se rakentuu yksilön ja ympäristön suhteessa. Siihen vaikuttavat yksilölliset tekijät, sosiaalinen vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet ja

resurssit sekä kulttuuriset arvot. (Haarni, Hansen & Viljanen 2014, 9–10.; Mitä toimintakyky on? 2019.; Mäkelä, Autio, Heinonen, Holma, Häkkinen, Hänninen, Pajala, Sainio, Schroderus, Seppänen, Sihvonen, Stenholm & Valkeinen 2013, 6.)

Euroopan psykiatrisen yhdistyksen eettisiä kysymyksiä käsittelevän komitean asiakirjassa mielenterveydelle on annettu määritelmä, jolla pyritään pääsemään ihanteellisiin normeihin edistämällä osallistavaa lähestymistapaa ja joka on mahdollisimman vapaata rajoittavista ja kulttuuriin sidotuista väitteistä. Määritelmä on myös mahdollisimman lähellä ihmisen elämäkokemusta, joka on joskus riemukas, toisinaan surullinen, inhottava tai pelottava, joskus tyydyttävä, toisinaan haastava tai epätydyttävä. Uusi määritelmä on: ”Mielenterveys on dynaaminen sisäisen tasapainotilan tila, jonka avulla yksilöt voivat käyttää kykyjään harmonisesti yhteiskunnan yleisten arvojen kanssa, kognitiiviset ja sosiaaliset perustaidot; kyky tunnistaa, ilmaista ja mukauttaa omia tunteitaan, empaattisuus, kyky selviytyä vaikeista elämän tapahtumista ja toimia sosiaalisissa ryhmissä; ja kehon ja mielen harmoninen suhde edustavat mielenterveyden tärkeitä komponentteja, jotka vaikuttavat vaihtelevassa määrin sisäisen tasapainotilaan.” Uusi määritelmä haluttiin laatia sen vuoksi, että WHO:n aiemmin muodostamassa määritelmässä mielenterveyden avaintekijöinä pidettiin positiivisia tunteita ja positiivista toimintaa. Niitä on vaikea sovittaa yhteen monien haastavien elämäntilanteiden kanssa. Hyvän mielenterveyden omaavat ovat usein surullisia, pahoinvoivia, vihaisia tai onnettomia, se on osa ihmiselämää. (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold & Sartorius 2015, 231–232.)

FinTerveys 2017 -raportissa (2018) psyykkisen toimintakyvyn osa-alueina mainitaan psyykkiset voimavarat, omaan elämään vaikuttamisen mahdollisuudet, toiveikkuus, tyydytystä tuovien sosiaalisten suhteiden olemassaolo, myönteinen kuva itsestä ja omista kehittymismahdollisuuksista. Raportissa näitä kutsutaan positiiviseksi mielen-terveydeksi. Positiivista mielenterveyttä voi ja tulisi hyödyntää ja kehittää. Uusi näkökulma, positiivinen mielenterveys, ei sulje pois mielenterveydenhäiriöitä vaan häiriöistä kärsivätkin voivat kokea mielen hyvinvointia. (Solin, Partonen, Suvisaari, Tamminen & Viertiö 2018, 148–149.)

FinTerveys -tutkimuksen vastaajat jakaantuivat matalan, kohtalaisen ja korkean positiivisen mielenterveyden omaaviin. Korkean positiivisen mielenterveyden omaajien osuus kaikista ikäryhmistä vaihteli 8,2 prosentista 19 prosenttiin. Saatujen tulosten mukaan 60 -vuotiaat ja sitä iäkkäämmät vaikuttavat omaavan enemmän positiivista mielenterveyttä kuin nuoremmat ikäryhmät. Poikkeuksena 80 -vuotiaat naiset, joista korkean positiivisen mielenterveyden omaavien ryhmään kuului 14,9 prosenttia vastaajista. (Solin ym. 2018, 148–149.)

Ikääntyvien yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat masentuneisuus ja ahdistuneisuus sekä niiden yhdistelmät. Ikä ei itsessään lisää mielenterveyden häiriöitä vaan ikääntyessä ihmiset kohtaavat useammin menetyksiä, yksinäisyyttä, fyysisten sairauksien aiheuttamaa kipua ja ahdistusta sekä toimintakyvyn ongelmia. Muistisairauksien yhteyteen liittyy usein psyykkisiä ja käyttäytymisen oireita. Ikääntyneillä voi olla epäluuloisuutta, sekavuutta tai persoonallisuuden häiriöitä. Psyykkisiä oireita voi liittyä myös joihinkin somaattisiin sairauksiin. Ikääntyvien mielenterveyden ongelmat eivät ole kuitenkaan lisääntyneet, mutta niitä on määrällisesti enemmän, koska ikääntyneitä on aiempaa enemmän ja he elävät aiempaa pidempään. (Haarni, Hansen & Viljanen 2014, 30–31.)

2.3 Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiivinen toimintakyky on psyykkistä toimintaa, joka muodostuu tiedonkäsittelyn eri osa-alueista. Se on esimerkiksi havaitsemista, ajattelua, muistamista, kielellistä toimintaa ja oppimista. (Mitä toimintakyky on? 2019.) Älykkyys eli yleinen kognitiivinen kyvykkyys kehittyy aina 20 ikävuoteen saakka ja tämän jälkeen se on pysyvä ominaisuus noin 70 -vuotiaaksi. Älykkyuden avulla voidaan ennustaa yksilön ammatillista asemaa, terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen liittyviä asioita sekä elinikää. (Vuoksimaa 2019, 1075.)

Tärkeimmät aivojen rakenteelliset sekä kognitiiviset muutokset tapahtuvat 70 ikävuoden jälkeen ja muutokset etenevät riippumatta muiden perussairauksien määrästä. Liikunnalla on todettu olevan paljon positiivisia vaikutuksia kognitiiviseen toi-

mintakykyyn. Liikunta voi lisätä aivojen kykyä muuttua ja mukautua sekä rakenteellisesti että toiminnallisesti. Liikunnan avulla aivojen hapettumiskyky voi parantua, jolla on hidastava merkitys aivojen atrofioitumiseen eli hermosolujen katoon. Tämä voi edistää ikääntyvän motoriikkaa, joka taas osaltaan parantaa kognitiivisia toimintoja. Moniaististen harjoitusten on arvioitu edistävän ikääntyvien kognitiivista toimintakykyä ilman lääkehoitoa. Fyysisen toimintakyvyn, kuten tasapainon, ketteryyden sekä nopeuden paraneminen lisää ikääntyvän turvallisuuden tunnetta, itsetuntoa, itsenäisyyttä sekä toiminnallisuutta. (Moreira, Gonçalves, Silva, Zanardini & Bento 2018, 1, 3–4.)

Hyvä kognitiivinen kyvykkyys suojaa dementiaalta sekä lievältä kognitiiviselta heikentymiseltä. Lievällä kognitiivisella heikentymisellä tarkoitetaan muistin heikentymistä, mutta tässä vaiheessa dementian kriteerit eivät vielä täyty ja henkilö suoriutuu itsenäisesti arjen askareista. Lievä kognitiivinen tila voi olla pysyvä tai korjaantua. Se lisää kuitenkin muistisairauden riskiä. Kognitiivinen toimintakyky heikkenee usein salakavalasti. Henkilö harvoin itse tunnistaa toimintakykyyn viittavia muutoksia itsessään, mutta läheiset havaitsevat näitä muutoksia. (Vuoksimaa 2019, 1076, 1080.)

Kognitiivisen toimintakyvyn laskun merkkejä, kuten muistiongelmia, voi esiintyä jo varhaisessa vaiheessa. Toimintakyvyn muutos voi näkyä myös toiminnanohjauksen sekä reaktioajan heikkenemisenä. (Virtanen, Singh-Manoux, Batty, Ebmeier, Jokela, Harmer & Kivimäki 2017, 7.; Vuoksimaa 2019, 1077.) Kognitiivinen ikääntyminen on kuitenkin yksilöllistä. Kognition osa-alueista monet alkavat heiketä jo keski-ikässä. Useasti prosessointinopeus on näistä osa-alueista ensimmäinen, joka voi alkaa heiketä 30 – 40 -vuotiaana jatkuen kohti keski-ikää ja edelleen vanhuuteen. Heikkeneminen nopeutuu usein 60 ikävuoden jälkeen. Toisinaan vielä 90 -vuotiaallakaan ei ole muistiongelmia. (Vuoksimaa 2019, 1076–1077.) Tutkimuksen mukaan jo varhaisessa vaiheessa kognitiivisen toimintakyvyn alkaessa heikentyä, henkilön kyky tunnistaa kasvoista erilaisia tunteita heikkenee. Tämä kyky voi heikentyä huomattavalla nopeudella toimintakyvyn laskiessa. (Virtanen ym. 2017, 7.)

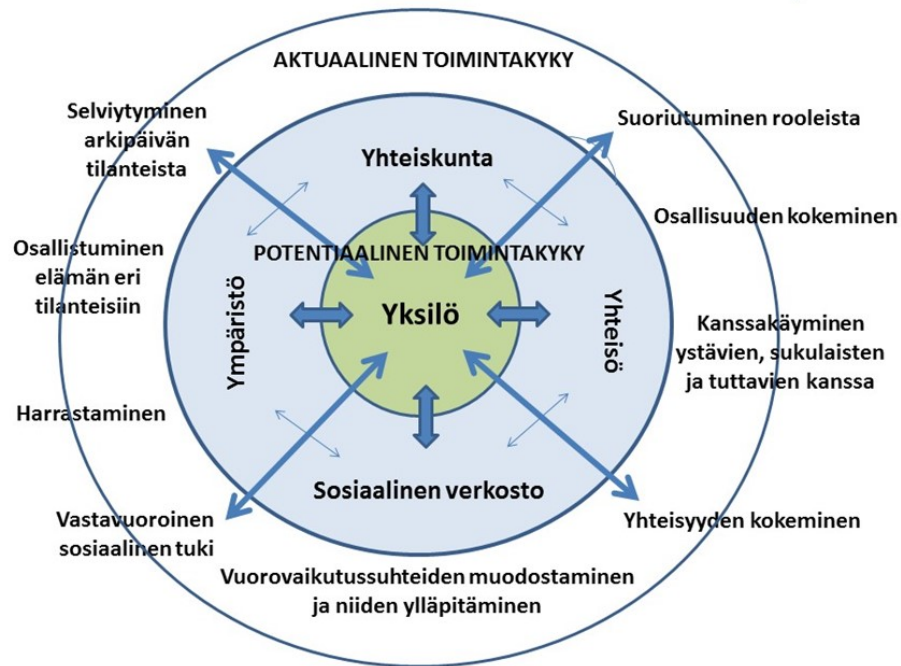
Kognitiivista toimintakykyä on syytä selvittää terveysseurannoissa yksilön hyödyn kannalta sekä kansanterveydellisistäkin syistä. Muistisairaudet aiheuttavat kärsimystä niin potilaille kuin heidän omaisilleen. Lisäksi ne kuormittavat huomattavasti terveydenhuoltoa sekä ovat kansantaloudellisesti merkittävä menoerä. (Vuoksimaa 2019, 1075.)

2.4 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalisen toimintakyvyn käsitettä ei ole määritetty yksiselitteisesti vaan sitä kuvataan monien mallien ja teorioiden avulla. Sosiaalista toimintakykyä ei voi tarkastella vain yksilön ominaisuutena. Tästä johtuen se poikkeaa muista toimintakyvyn osa-alueista. Kattava määritelmä sosiaalisesta toimintakyvystä merkitsee kykyä tulla toimeen yhteiskunnassa vallitsevien normien ja arvojen mukaisesti sekä selviytymistä arkipäivän toiminnoista, vuorovaikutussuhteista ja oman toimintaympäristön rooleista. (Tiikkainen 2013, 284.; Simonen 2009, 65.)

Sosiaaliseen toimintakykyyn liitetään myös suhteet omaisiin ja ystäviin, suhteiden sujuvuus ja osallistuminen, harrastukset, yksinäisyys, yhteisyys sekä omaisten ja läheisten mahdollisuus auttaa. Forsman (2012) on tutkinut sosiaalisen pääoman merkitystä elämän myöhemmässä vaiheessa. Sen mukaan rakenteellisen ja demografisen sosiaalisen pääoman puutteella eli vähäisillä kontakteilla ystäviin ja naapureihin sekä ystävien keskinäisellä vähäisellä luottamuksella on merkittävä yhteys masennukseen. Myös henkilöllä, joilla ei ole helposti saatavilla sosiaalista tukea, on suurempi riski masentua. (Forsman 2012, 43–44.)

Sosiaaliseen toimintakykyyn voidaan yhdistää myös yksilön sosiaaliset taidot ja yhteisöön kuuluminen, tuen saanti sekä toimintakyvyn aktuaaliset ja potentiaaliset käyttötilanteet. (Kuvio 1.) Potentiaalinen sosiaalinen toimintakyky muodostuu sosiaalisen verkoston, ympäristön, yhteisön ja yhteiskunnan välisessä vuorovaikutuksessa niiden tarjoamien mahdollisuuksien ja rajoitteiden puitteissa. Aktuaalinen sosiaalinen toimintakyky ilmenee vuorovaikutuksena sosiaalisen verkoston kanssa. Se on suoriutumista rooleista, sosiaalista osallistumista sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemista. (Tiikkainen & Pynnönen 2018, 1–2.)



Kuvio 1. Sosiaalinen toimintakyky (Tiikkainen 2018)

Holt-Lundstadin ym. (2010) meta-analyysin mukaan sosiaaliset tekijät vaikuttavat yksilöiden terveyteen kognitiivisten, käyttäytymistä muokkaavien ja tunne-elämään liittyvien toimintojen kautta. Riittäväillä sosiaalisilla suhteilla on yksilön terveyteen ja hyvinvointiin jopa yhtä suuri merkitys kuin tupakoinnin lopettamisella. Monet tunnetut riskitekijät, kuten liikalihavuus ja fyysisen aktiivisuuden vähäisyys, vaikuttavat kuolleisuuden vähemmän kuin sosiaalisten suhteiden puute. (Holt-Lundstad, Smith & Layton 2010, 14–15.)

Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen on haastavaa johtuen sen moniulotteisuudesta. Hyvinvointia edistävissä palveluissa ei tällä hetkellä ole vakiintuneita mittareita sosiaalisen toimintakyvyn mittaamiseen. Parhaimmaksi tavaksi on todettu selvittää keskustelun avulla yksinkertaisilla kysymyksillä esimerkiksi millaisia yksilön sosiaaliset suhteet ovat sekä millaista on hänen sosiaalinen käyttäytymisensä arjen tilanteissa. (Mäkelä ym. 2013, 6.)

2.5 Toimintakyvyn mittaaminen

Väestörakenteen muuttuessa ikääntyvien ennaltaehkäiseviin palveluihin sekä toimintakyvyn arviointiin tulisi panostaa entistä enemmän. Toimintakyvyn arviointia ja mittaamista voidaan toteuttaa laajalti erilaisissa palvelutilanteissa. Lyhyitä testauksia ikääntyville on helppo tehdä päivätoimintojen yhteydessä, seniorineuvoloissa, tarkastuksissa, liikuntaryhmissä, hoitojaksoilla, terveydenhuollon vastaanotoilla sekä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Erityisesti huomiota tulisi kiinnittää pitkäaikaissairauksien hoitotasapainoon, terveellisiin elämäntapoihin kannustamiseen, omien voimavarojen vahvistamiseen ja tukemiseen sekä osallisuuden lisäämiseen. (Mäkelä ym. 2013, 1–2.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) koordinoima kansallinen asiantuntijaverkosto Toimia on tehnyt monialaista yhteistyötä, jotta toimintakyvyn mittaaminen ja arviointi olisi Suomessa yhdenmukaista sekä laadukasta. Mittareiden ja suositusten laadinnassa huomioidaan ajankohtainen lainsäädäntö sekä yhteiskunnallinen kehittämistoiminta. Lisäksi asiantuntijaverkoston tavoitteena on ollut yhdenmukaistaa terminologiaa toimintakyvyn sekä toimintaedellytysten kuvaamisen osalta. Toimintakyvyn validit mittarit ja suositukset on koottu Toimia-tietokantaan. (Toimia -käsikirja 2017, 1-2.) Tässä kehittämistyössä käytetyt mittarit on valikoitu Toimia -tietokannasta.

Toimintakyvyn heikkenemisen tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on ensiarvoisen tärkeää. Tämä edellyttää arviointivaiheessa riittävän herkän menetelmän käyttöä. Toimintakyvyn arviointia voidaan toteuttaa porrasteisesti, jolloin aluksi toimintakykyä kartoitetaan lyhyillä kysymyksillä tai testeillä. Toimintakyvyn alkukartoituksessa tulee jo huomioida kuitenkin toimintakyvyn kaikki ulottuvuudet, joten yksittäinen testi tai kysymys ei ole riittävä kartoittamaan joka osa-aluetta. Mikäli alkukartoituksessa nousee huolta jostakin toimintakyvyn osa-alueesta, on tällöin kyseistä osa-aluetta syytä testata tarkemmin. Laajemmalle testaukselle on suositeltavaa järjestää mahdollisuuksien mukaan uusi testaustilanne. (Mäkelä ym. 2013, 2–3.)

3 Ikääntyvien terveyttä ja hyvinvointia tukeva toiminta

Terveyden edistämisen kansainvälisen yhteisen tulkinnan määrittely aloitettiin 1980-luvulla WHO:n Euroopan aluetoimiston johdolla. Niin kutsutulla Ottawan kongressin julistuksella (1986) ilmaistiin toimintalinjat terveyden edistämiseksi. Toimintalinjoiksi määriteltiin terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, terveyttä tukevien ympäristöjen luominen, yhteisöllisen toiminnan vahvistaminen, yksilöllisten taitojen kehittäminen sekä terveyspalvelujen uudelleen suuntaaminen. Yhteisesti sovituista linjauksista huolimatta jokaisessa maassa on nähtävillä omanlaisia tulkintoja ja painotuksia terveyden edistämisestä. (Rimpelä 2010, 17–19.)

Suomessa terveyden edistämisen yleinen ohjaus- ja valvontavastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Terveyden edistäminen on kansanterveystyötä ja siten osa perusterveydenhuoltoa. Sen toteuttamisesta säädetään terveydenhuolto-, ehkäisevän päihdetyön järjestämis-, sekä tupakka- ja alkoholilailla. Myös sosiaalihuoltolaissa, työterveyslaissa, kuntalaissa ja ympäristöterveydenhuollon lainsäädännössä määritetään väestön hyvinvoinnin edistämistä ja vastuuta. (Terveyden edistäminen, 2019.)

Lainsäädännöllä, esimerkiksi tupakkalailla, voidaan vaikuttaa terveyttä edistävästi kieltämällä tai rajoittamalla terveydelle haitallisten aineiden käyttöä. Alkoholilain avulla pyritään ohjaamaan alkoholin käyttöä verotuksellisin keinoin. (Painopiste preventioon. Konsensuslausuma tarttumattomien tautien ehkäisystä 2017, 9.)

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisvastuu on kunnilla. Kunnan on huolehdittava, että kaikilla hallinnonaloilla terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen edellytykset tulevat huomioiduiksi. (Ståhl, Wiss, Hakamäki & Saaristo, 2015, 1.) Terveyden edistämisen laatusuosituksen (2006) mukaan kunnan terveyden edistämistä voidaan tarkastella neljästä eri näkökulmasta. Tavoitteiden määrittely voidaan aloittaa *sisältöjen* kautta eli väestön terveystilanteen ja siinä esiintyvien uhkien selvittämisellä. Terveystilannetta kuvaavat esimerkiksi sairastavuus, ravitsemus, liikunta, päihteiden käyttö, syrjäytyminen, tapaturmat, ympäristön terveellisyys ja turvallisuus sekä väestöryhmien väliset terveyserot. (Voutilainen & Heino 2006, 17.)

Toiseksi terveyden edistämisen tavoitteet voidaan *kohdentaa* väestö- tai riskistrategian perusteella koskemaan koko väestöä tai tiettyä ryhmää. Tavoitteet voivat olla riskiryhmäkohtaisia, ikäryhmäkohtaisia tai alueellisia. Tavoitteet voidaan määritellä myös *toimintaympäristölähtöisesti*, jolla tarkoitetaan eri politiikkalohkojen mukaista toimintaa, kuten ympäristöterveyttä, perhepolitiikkaa tai kansanterveystyötä. Tavoitteet voi kohdentaa elinympäristöjen mukaisesti koskemaan esimerkiksi asuin ympäristöjen parantamista tai terveyden edistämistä perhe-, koulu- tai työyhteisöissä. (Voutilainen & Heino 2006, 17.)

Neljäntenä terveyden edistämisessä voidaan *tarkastella toimintatapoja ja -käytäntöjä*, jolloin tavoitteeksi voi muodostua yhteisöllisen toiminnan, ehkäisevien palvelujen käytäntöjen tai terveysviestinnän tehokkuuden kehittäminen. Terveyden edistämiseksi ei välttämättä ole tarpeen kehitellä uusia palveluja tai luoda uusia organisaatioita vaan terveystieteiden esillä pitäminen eri hallinnon alojen toiminnassa, yhteisten tavoitteiden asettaminen ja niiden toteutumisen arvioiminen sekä johtopäätösten tekeminen voivat olla riittäviä käytännön toimia. (Voutilainen & Heino 2006, 17.)

3.1 Ikääntyvän terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen painopisteet

Ikääntyvän terveyden edistämisessä on välttämätöntä nähdä terveys ja toimintakyky laajasti siten, että kaikki osa-alueet, fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen, tulevat huomioiduiksi. Ehkäisevien, terveyttä edistävien ja varhaisen puuttumisen keinoin on tärkeää havaita ikääntyvien toimintakyvyn negatiiviset muutokset ja pyrkiä niihin vaikuttamalla estämään toimintakyvyn vajausten syntyminen. (Voutilainen & Heino 2006, 69.)

Ikääntyvällä tulisi olla mahdollisuus elää omanlaista elämää omassa yhteisössään iästään tai toimintakyvystään riippumatta. Mahdollisimman tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä tulisi edistää esimerkiksi suunnittelemalla asuin- ja elinympäristöt esteettömiksi sekä turvallisiksi. Huomio tulee kiinnittää myös liikenne ratkaisujen toimivuuteen, jotta ikääntyvälle voidaan mahdollistaa asioiden hoito sekä mielekkäiden

asioiden tekeminen. Mahdollistamalla ikääntyvän osallistuminen liikuntaan, tapahtumiin, opiskeluun ja järjestötoimintaan, ehkäistään muun muassa yksinäisyyttä. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017–2019, 13.) Pitkälän ja Strandbergin (2018, 1147) mukaan ikääntyvän ihmisen kohdalla terveyttä edistävän ja sairauksia ehkäisevän toiminnan ensisijaisena tavoitteena ei ole varsinaisesti eliniän pidentäminen. Pyrkimyksenä on pikemminkin varmistaa mahdollisimman toimintakykyinen ja laadukas ikääntyminen ulottuen aina lähelle kuolemaa. Palveluasumiseen tai laitoshoitoon siirtyminen tekee ehkä asumisesta turvallisempaa, mutta muuttaa samalla väistämättä ikääntyvän mahdollisuuksia elää omannäköistään elämää.

Ihmisten hyvinvointia voidaan kuvata elämänlaadun käsitteellä. Elämänlaatua puolestaan rinnastetaan elämään tyytyväisyyteen tai koettuun hyvinvointiin. Vaaraman, Mikkilan ja Hannikainen-Ingmanin mukaan (2014, 41) ikääntyvän elämänlaatu koostuu pääosin samoista tekijöistä kuin muiden ikäryhmien, mutta elämänlaadussa korostuvat terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät seikat. Nuorempiin ikäryhmiin verraten ikääntyvän elämänlaadun määrittelyssä tärkeämmässä roolissa ovat myös asuinympäristön ja asunnon esteettömyys, päivittäisissä tehtävissä tarvittavan toimintakyvyn haasteet, toisten avusta riippuvuus, tarvittavan avun riittävyys ja sopivuus, kognitiivista toimintakykyä vaativista tehtävistä selviytyminen sekä turvattomuuden tunne. Vaikka Vaarama ym. (2014) on määritellyt ikääntyneiden elämänlaadun koostuvan paljolti samoista tekijöistä kuin muiden ikäryhmien, heidän mainitsemansa reunaehdot kuitenkin muuttavat elämänlaadun tekijöitä olennaisesti verrattuna esimerkiksi nuoriin tai aikuisiin, joilla on normaali toimintakyky. Vertailukohta voisi parimminkin olla muun ikäiset vammaiset tai vammautuneet. Toimintakykyisten nuorten tai aikuisten ei tarvitse huolehtia tarvittavan avun saamisesta tai turvallisuudesta voidakseen kokea elämänsä laadukkaaksi.

3.2 Terveyden lukutaito

Terveyden lukutaidolla tarkoitetaan; yksilön kykyä löytää, ymmärtää, arvioida ja soveltaa terveyteen liittyvää tietoa, jotta hän voi tehdä terveyden edistämiseen, sairauksien ennaltaehkäisyyn sekä terveydenhoitoon liittyviä valintoja ja päätöksiä (Sorensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska & Brand 2012, 9-10).

Terveyden lukutaito on yksi terveyden edistämisen avaintekijöistä. Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaisesti terveyden lukutaito (health literacy) kuuluu yksilön kognitiivisiin ja sosiaalisiin taitoihin. Väestö tarvitsee erilaisia tietoja, taitoja sekä luottamusta saavuttaakseen terveyden lukutaitoa. Yksilön näkökulmasta hyvä terveyden lukutaito auttaa tekemään terveyttä ja hyvinvointia edistäviä terveellisiä valintoja. Se lisää osallistumismahdollisuuksia toimia erilaisten yhteisöjen terveyden edistämiseksi sekä ymmärrystä esimerkiksi hallituksen velvollisuuksista toimia väestön parhaaksi terveyttä edistävästi. Väestön terveyden lukutaitoa voidaan edistää hallituksen lisäksi median avulla. Median odotetaan tarjoavan asiallista keskustelua sekä viestintää terveyden ja hyvinvoinnin puolesta, jossa myös eettinen näkökulma on huomioitu. Median viestinnän tulisi tukea yksilön oikeutta terveyteen syrjimättä kehtään. (The Mandate for health literacy 2016; Health literacy n.d.)

Ikääntyviin kohdennettujen tutkimusten mukaan terveyden lukutaidon hallinta korreloi merkittävästi kognitiivisen osa-alueen kanssa. Puutteellisella terveyden lukutaidolla on havaittu olevan yhteys huonoon fyysiseen terveyteen sekä lisääntyneisiin masennusoireisiin. Hyvän terveyden lukutaidon omaavat henkilöt arvioivat oman terveytensä usein paremmaksi ja heillä on vähemmän sairauksia. Tutkimuksissa heikko terveyden lukutaito on tunnistettu terveyden ja hyvinvoinnin kannalta riskitekijäksi. (Serper, Patzer, Curtis, Smith, O'Connor, Baker & Wolf 2014, 1255; Eronen, Paakkari, Portegijs, Saajanaho & Rantanen 2018, 552.)

3.3 Vastuun ottaminen omasta terveydestä ja hyvinvoinnista

Ikääntyessään yksilö on edelleen aktiivinen toimija. Iästä riippumatta hänellä on elämässään tavoitteita, mielenkiinnon kohteita ja hän arvioi omaa toimintaansa. Keskeisiä tekijöitä oman hyvinvoinnin edistämiseksi on realistinen ymmärrys omasta elämäntilanteesta ja elämänculusta sekä siihen vaikuttavista asioista. Kyvykkyys ja mahdollisuus tehdä omia valintoja lisäävät myös hyvinvoinnin ylläpitämistä. Tulevaisuuteen kannattaa varautua ja esimerkiksi asumiseen sekä harrastuksiin liittyvillä valinnoilla voi vaikuttaa tulevaisuuden toimintakykyyn. (Jylhä, Finne-Soveri, Björkman, Isola, Jyrkämä, Karjalainen, Lappalainen, Lindberg, Lupsakko, Merikanto, Pietikäinen, Pitkälä, Rantanen, Saarenheimo, Sulkava, Talja, Viitanen & Voutilainen 2012, 8.)

Hallituksen kärkihankkeen Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -hankesuunnitelmassa vuosille 2016 – 2018 yhtenä tavoitteena oli edistää kansanterveyttä, kansalaisten liikumista, terveellisiä elämäntapoja ja ravintotottumuksia sekä vastuunottoa omasta elämästä. Tavoitteeseen pääsemiseksi suunnitelmassa korostettiin julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toiminnassa näyttöön perustuvien ja hyväksi havaittujen toimintamallien käyttöön ottamista. (Larivaara 2016, 4.)

Ikääntyvien ihmisten kohdalla vastuun ottamiseen omasta terveydestä ja hyvinvoinnista liittyy aina myös eettisiä näkökulmia. Missä määrin ikääntyviä voi velvoittaa ottamaan vastuuta ja kuinka vastuun ottamisessa voidaan välttää ihmisten eriarvoistuminen, kun kaikilla on omanlaisensa geeniperimä ja elinympäristö, joihin yksilön on mahdotonta vaikuttaa. Missä määrin voidaan velvoittaa varautumaan ikääntymisen tuomiin haasteisiin esimerkiksi oman asumisympäristön tai omien elintapojen muuttamisella. (Jyrkämä & Nikander 2013, 551.) Vastuun ottaminen omasta terveydestä ja hyvinvoinnista on monella tavoin kompleksinen asia. Vaikka halua vastuun ottamiseen olisikin, siihen ei välttämättä ole ymmärrystä, kykyä tai resursseja. Silti oman vastuun ottamista kannattaa pitää esillä, koska yhteiskunnan taloudellisen tilanteen muutos luo reunaehdot palvelujen järjestämiselle.

Yksilöiden terveysvalinnat ovat yhteydessä terveyspalvelujen tarpeeseen ja kustannuksiin. Koska elämäntapoihin liittyvät sairaudet muodostavat suuren osan ihmisten terveysongelmista, joudutaan pohtimaan, miten terveysvalintoihin liittyvät vastuun rajat määrittyvät yksilö- ja yhteiskuntatasoilla. Mietittävänä on myös kuinka paljon itsemääräämisoikeuden perusteella voi tehdä valintoja, jotka voivat vaarantaa terveyden ja pitäisikö yksilön kantaa vastuu valinnoistaan. (Moilanen, Pietilä & Kangasniemi 2015, 268–269.)

Nykyisessä terveyden edistämisen keskustelussa on tuotu esille yksilöiden henkilökohtaisia terveyskäytäntöjä ja selviytymistaitoja terveyttä määrittävinä tekijöinä. Ihmiset voivat itse pyrkiä ehkäisemään terveysongelmia kehittämällä itseluottamustaan, ratkaisemalla ongelmiaan ja tekemällä terveyden kannalta parempia valintoja. Tosin esimerkiksi elintapoja ei nähdä vain yksilön valintoina vaan niitä pyritään asettamaan sosiaalisiin, taloudellisiin ja ympäristötekijöiden konteksteihin. Näin pyritään näkemään synteesi yksilön ja järjestelmän välillä ja lisäämään keskusteluun myös terveyserot. Tämän yhtälön perusteella yksilöä voidaan pitää vastuullisena terveyteensä vain silloin, kun hänellä on riittävät resurssit tehdä mahdollisimman hyviä valintoja. (Sihto 2016, 30.)

Van Aerschot (2014, 23, 40–41, 78, 152) pohtii väitöskirjassaan hyvinvointivaltioissa tapahtumassa olevaa muutosta. Väestön ikääntyminen, nousukauden päättymisen ja yhteiskunnallinen paine pyrkiä vähentämään julkisen palvelutuotannon vastuuta ja roolia hyvinvoinnin turvaamisessa ja tuottamisessa aiheuttavat pysyvän niukkuuden tilan. Sen myötä aiemmin korostuneiden sosiaalisten oikeuksien sijaan on alettu korostaa ikääntyvien tarvetta pysyä aktiivisina, valintoja tekevinä ja osallistuvina kansalaisina. Muutosta kuvataan vastuun yksityistymisenä, jolloin yhteiskunnan kantaman vastuun sijaan ihmiset ovat ensisijaisesti itse vastuussa hyvinvoinnistaan. Julkisen palvelutuotannon vastuulle jää uusien käytäntöjen kehittäminen ja koordinointi avun ja palvelujen tuottamiseksi siten, että kansalaisten aktiivisuudelle ja oman vastuun ottamiselle on olemassa mahdollisuuksia. Palveluja pyritään järjestämään mahdollisimman kustannustehokkaasti, mikä edellyttää ikääntyvien oman vastuun ottamista mahdollisimman paljon omasta tilanteestaan ja asumista kotona mahdollisimman

pitkään. Tätä pyrkimystä voidaan tukea pitämällä huolta ikääntyvien toimintakyvystä sekä kuntouttamisesta.

3.4 Terveyskäyttäytyminen

Terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan yksilön käyttäytymistä ja terveyteen liittyvien valintojen tekemistä suhteessa tupakointiin, alkoholin käyttöön, ravitsemukseen ja liikuntaan. Terveyskäyttäytymistä kuvataan usein elintapoina. Edellä mainitut neljä elintapaa ovat suomalaisten tavanomaisimpien kansantautien riski- ja suojatekijöitä. Terveyskäyttäytymistä määrittävät valinnat voivat olla osin tiedostamattomia, lapsuudessa tai nuoruudessa omaksuttuja tottumuksia. Myös tietoiseen pyrkimykseen liittyviä valintoja ja käyttäytymistä kutsutaan terveyskäyttäytymiseksi. Valinnoilla on useimmiten ratkaiseva vaikutus yksilön terveenä pysymiseen ja riskiin sairastua tai kuolla. (Lääketieteen sanasto 2019, Elintavat 2019.)

Yksilöiden terveyskäyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan terveyttä määrittävien tekijöiden eli determinanttien kautta. Determinantit jaetaan yksilöllisiin, sosiaalisiin, rakenteellisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Nämä kaikki voivat vahvistaa tai heikentää ihmisten terveyttä. Yksilölliset tekijät ovat ikä, sukupuoli, perimä, tiedot, taidot, kokemukset ja elintavat. Sosiaalisiin tekijöihin kuuluvat ihmisen sosio-ekonominen asema, toimeentulo, sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot sekä vuorovaikutussuhteet. Koulutus, elinolot, elinympäristö, peruspalvelujen saatavuus ja toimivuus ovat rakenteellisia terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Kulttuurisiin tekijöihin sisältyvät fyysisen, poliittisen ja taloudellisen ympäristön turvallisuus, viihtyisyys ja vuorovaikutteisuus sekä asenteet terveyteen. Vastuu edellä kuvattuihin tekijöihin vaikuttamisesta kuuluu kaikille hallinnon aloille. (Voutilainen & Heino 2006, 16 – 17.)

Terveyskäyttäytymisen ohella yhteiskunnallisessa keskustelussa esiintyy myös käsite terveysvalinnat. Terveysvalinnoilla tarkoitetaan arkipäivässä järki- tai tunnesyiden perusteella tehtyjä valintoja, joilla on välitöntä tai välillistä vaikutusta terveyteen. Terveysvalintojen tekemiseen vaikuttavat yksilölliset tekijät, kuten sukupuoli, kogni-

tiiviset kyvyt, arvot, asenteet ja tunteet sekä sosiaaliset suhteet, ympäröivä yhteiskunta, kulttuuri ja yhteiskunnan olosuhteet. (Moilanen, Pietilä & Kangasniemi 2015, 268.)

4 Ikääntyville suunnattu interventio

Duodecimin Terveyskirjaston sivulla interventio on määritelty seuraavasti:

”väliintulo; toimenpide, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen” (Lääketieteen sanasto 2019).

4.1 Teoriat ja mallit

Terveyden edistämisen interventioissa voi käyttää erilaisia menetelmiä. Menetelmien taustalla on eri teorioita ja malleja, joista useimmat on lainattu yhteiskuntatieteistä. Teorioilla selitetään ilmiöitä ja niihin liittyviä käsitteitä ja käsitteiden välisiä suhteita. Ne kertovat, miksi asiat ovat niin kuin ne ovat. Mallit puolestaan kertovat, miten asiat toimivat. (Taulukko 1.) Ne ovat eri teorioiden yhteen sulautumia ja sovelluksia. (Nikula 2011, 12–13.) Tutkimusten perusteella on havaittu, että erityisesti terveyskäyttäytymisen muuttamiseen tähtäävissä interventioissa, joissa on käytetty käyttäytymistieteelliseen teoriaan ja näyttöön perustuvaa tietoa, on saatu parempia tuloksia kuin niissä, joissa ei ole ollut teoreettista pohjaa (Linnansaari & Hankonen 2019, 68–69).

Taulukko 1. Esimerkkejä terveyden edistämisen eri vaiheisiin sovellettavista teorioista ja malleista (mukaelma sovelluksesta Bartholomew ym.2001, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005 suomennos)

Tehtävät terveyden edistämisen eri vaiheissa	Esimerkkejä malleista
Terveyden edistämisen suunnittelu ja arviointi	Precede-Proceed -malli Intervention suunnittelu (Intervention mapping) Yleinen suunnittelu- ja arviointimalli (Generic logic model)
Interventoryhmien kuvaaminen ja valitseminen	Innovaatioiden leviäminen (Diffusion of innovations) Käyttäytymisen muutoksen vaihe- ja prosessimalli (Transtheoretical model and stages of change) Terveysprosessimenetelmä (Health ActionProcessModel HAPA)
Käyttäytymisen määrittäminen	Attribuutioteoria (Attribution theory) Sisäinen ja ulkoinen kontrollin sijainti (Internal and external locus of control) Itsesäätyteoriat (Self-regulatory theories) COM-B –malli → riittävät taidot (capability), ympäristön mahdollistama tilaisuus (opportunity), motivaatio (motivation) ja käyttäytyminen (behaviour)
Ympäristöolojen määrittäminen	Sosiaalis-kognitiivinen teoria (Social cognitive theory) Sosiaalinen tuki ja sosiaalinen verkostoitumisteoria (Social support and social network theory) Yhteisöjen organisointi ja kehittäminen (Community organization and community building)
Käyttäytymisen ja ympäristötilan edellytysten määrittäminen	Terveysuskomusmalli (Health belief model) Minäpystyvyysteoria (Self - Efficacy Theory) Perustellun toiminnan ja suunnitellun käyttäytymisen teoria (Theory of reasoned action and planned behavior) Ekologiset mallit (Ecological models)
Menetelmien valitseminen, muutoksen edistäminen ja teoreettisten menetelmien siirtäminen käytännön strategioiksi	Suostuttelumalli (Persuasion communicati-on model) Aktiivisen oppimisen malli (Conscientizati-on) Sosiaalinen markkinointi (Social marketing) Viestintäteoria ja terveyskäyttäytymisen muutos (Communication theory and health behavior change)

4.2 Toteutustapa tai -menetelmä

Interventio voi olla primaari- tai sekundaaripreventiota. Primaaripreventio kohdistetaan terveisiin henkilöihin ja sillä pyritään tunnistamaan ja vähentämään sairastumisen riskitekijöitä. Sekundaaripreventiolla pyritään tautien mahdollisimman varhaiseen tunnistamiseen esimerkiksi erilaisen seulontatutkimusten avulla. (Rimpelä 2010, 14.) Intervention voi suunnitella siten, että sen kohderyhmällä on sama riskitekijä, johon yritetään vaikuttaa tai sen sisältö voidaan kohdentaa vaikuttamaan useampaan riskitekijään samalla kertaa (Ylimäki 2015, 30).

Interventioiden toteutustapa voi olla yksilö- tai ryhmämuotoinen. Ryhmässä toteutettavan intervention osallistujat saattavat olla tietyn yhteisön jäseniä, esimerkiksi työskennellä samassa työssä. Ryhmäintervention muutokseen johtavana tekijänä korostuu yhteisöllisyyden merkitys. Tapaamiset voidaan järjestää kasvokkain tai niiden toteutuksessa voi hyödyntää teknologiaa joko siten, että ne tapahtuvat vain teknologiavälitteisesti tai kasvokkain toteutettujen tapaamisten osana. Teknologian, esimerkiksi sosiaalisen median, avulla on mahdollisuus saada ja antaa vertaistukea. Intervention voi osallistua halutessaan myös etäyhteyden kautta, jolloin osallistumisen esteitä on vähemmän. (Ylimäki 2015, 30–31.) Dickens, Richards, Greaves ja Campbell (2011, 1–20) arvioivat ikääntyneiden yksinäisyyden ja sosiaaliseen syrjäytymisen lieventämiseen tarkoitettujen interventioiden (n=137) tehokkuutta. Tehokkaimmissa interventioissa vaikutti olevan teoreettinen perusta, ne tarjosivat sosiaalista toimintaa ja / tai tukea ryhmämuodossa ja niissä ihmiset olivat aktiivisia osallistujia. Teknologian hyödyntämisen muotona on mahdollisuus käyttää myös mobiiliterveyssovelluksia sekä pelillistämistä (Punna & Raitio 2016, 224–225).

4.3 Kehittämistyön menetelmät

Useiden eri menetelmien käyttäminen eli monimenetelmällisyys (mixed methods) kehittämistyössä auttaa saamaan monipuolista kuvaa tutkittavasta aiheesta. Menetelmän määrittelynä on käytetty määrällisen sekä laadullisen aineiston keruuta ja analysointia ja näiden tulosten yhdistämistä tutkimuksessa. Eri menetelmiä voidaan hyödyntää kehittämistyön eri prosessivaiheissa ja osallistujaryhmien vaihtuessa,

tästä syystä monimenetelmällisyyttä on hyödynnetty kehittämisessä ja osallistavassa tutkimuksessa. (Keskitalo 2020, 29.)

Osallistavat menetelmät ovat kehittämistyön menetelmiä, joilla voidaan ohjata kehittämistyön suunnitteluvaihetta ja sen aikana käytävää keskustelua. Osallistavan menetelmän käyttöön liittyy mahdollisuuksien antaminen ilmaista itseään muullakin tavoin kuin puhumalla. Ohjaajan rooliin tällaisessa tilanteessa kuuluu ennen kaikkea osallistujien innostaminen työskentelyyn. (Taipale & Sirola-Korhonen 2017,6–7.) Taivon ollessa yhteisöllisen muutoksen tai toiminnan edistäminen, on osallistavia menetelmiä tällöin juuri sopivaa käyttää esimerkiksi kartoituksen, arvioinnin tai aikaan saamisen apuna (Keskitalo 2020, 29.) Osallistavia menetelmiä on lukuisia. Esimerkiksi Learning cafe, joka on menetelmänä yksinkertainen toteuttaa. Työskentelyssä keskitytään ennalta määriteltyjen kysymysten tai teemojen ratkaisemiseen. Tärkeää on keskustelu, omien mielipiteiden esittäminen sekä niiden perustelu, mutta myös yhteisen ymmärryksen löytyminen. (Learning cafe eli oppimiskahvila 2016.)

Yhteissuunnittelu (Co-design), jota aiemmin on kutsuttu myös osallistavaksi suunnitteluksi, sopii menetelmänä palvelujen kehittämiseen. Se kokoaa yhteen palvelujen käyttäjät sekä asiantuntijat. Osallistamisen kohteena voivat olla erilaiset sidosryhmät, kuten kansalaiset, asiakkaat ja käyttäjät. Etenkin julkisella sektorilla yhteiskehittäminen asiakkaiden kanssa on ollut vielä vähäistä, riskien otto ja muutoksen pelko on koettu suurimpina esteinä. Julkisella sektorilla uusien prosessien kehittäminen ja käyttöönotto nähdään jo kuitenkin itsestään innovatiivisena toimintana. (Tuulaniemi 2015, 106, 109.)

Asiakaslähtöinen palvelumuotoilu on palvelujen käyttäjien sekä asiakasrajapinnassa työskentelevien yhteistä innovointia. Palvelujen suunnittelu muodostuu ideointi-, suunnittelu-, testaus- ja toteutusvaiheista. (Idea- ja varhaisvaiheen kehittäminen 2013.) Palvelumuotoilua toteutetaan usein laadullisen tutkimuksen ajatuksella, jolloin menetelminä voidaan käyttää esimerkiksi erilaisia työpajoja (Kostilainen, Määttä, Nieminen & Perikangas 2020, 39).

Kehittämistyöhön liittyvien sosiaalisten prosessien osallistamista ja tukemista voidaan lähestyä useasta eri näkökulmasta. Yksi keino tukea sosiaalisia prosesseja on mahdollistaa käyttäjien ja toimijoiden osallistuminen kehittämiseen. Kaikki toimijat, joita kehittämiskohde koskettaa, ovat mukana työskentelyssä jo heti suunnitteluvaiheessa. Toimijalähtöinen suunnittelu kohdentuu käyttäjien tarpeeseen, jolloin voidaan varmistaa palvelun käytettävyyden normaalisissa arjen toimintaympäristössä. (Toikko & Rantanen 2009, 94–95.)

4.4 Muutostekniikat

Interventiot muodostuvat erilaisista käyttäytymismuutostekniikoista. Yhdessä interventiossa voidaan käyttää yhtä tai useamman tekniikan yhdistelmää. Kansainvälisen konsensustyon avulla on löydetty yhteensä 93 käyttäytymismuutostekniikkaa, jotka on jaettu 16 ryhmään. Muutostekniikkaa valittaessa on tärkeää tuntee olosuhteet, kohderyhmä sekä kohdekäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät. (Linnasaari & Hankonen 2019, 103–104.)

Elintapamuutosta suunniteltaessa alkuvaiheessa yksilön muutosvalmiuden selvittäminen auttaa määrittämään, mihin elintapoihin ensisijaisesti kannattaa lähteä tekemään muutosta. Mahdollisen elintapamuutoksen hyödyistä sekä nykyisen elintavan riskeistä olisi hyvä keskustella. (White, Lenz & Smith 2013, 60–61.) Mikäli motivaatiota muutokseen ei vielä ole, tällöin yksilö tarvitsee motivaation herättelyä. Motivoinut henkilö on tilanteessa, jossa tarvitsee tukea toiminnalleen. Oma pystyvyyden tunne lisää motivaatiota. Asiantuntija voi esimerkiksi ”motivoivan haastattelun hengessä” vahvistaa yksilön omaehtoista motivaatioita, ”haluan”-motivaatiota. Varsinaisen motivoiva haastattelu on käyttäjälle vaativa menetelmä, sillä sitä käyttäessään ammattilaisen on hallittava useita muutostekniikoita. Ammattilaisen vuorovaikutustaidoissa oleellista on yhteistyö, kuuntelu sekä potilaan ymmärtäminen. (Absetz & Hankonen 2017, 1015–1018.)

Absetz & Hankonen (2011) ovat tutkineet terveydenhuollossa tapahtuvan elämäntapamuutoksen tukemisen vaikuttavuutta sekä keinoja. Heidän mukaansa tehokas tekniikka elämäntapaohjauksessa on kannustaminen oman käyttäytymisen seurantaan

ja siihen perustuvaan tavoitteelliseen toimintaan. (Absetz & Hankonen 2011, 2270.)
 Vaikuttavimpia ovat itsesäätelytekniikoita opettavat interventiot. Omaseuranta yhdistettynä tavoitteiden asetteluun, toiminnan suunnitteluun sekä palautteen saamiseen lisää vaikuttavuutta. (Absetz & Hankonen 2017, 1017–1018.)

Hyvä tekniikka ohjauksessa on käyttää henkilön yksilöllisiä testituloksia, joista voidaan nostaa tarkasteluun terveyden kannalta tärkeitä osa-alueita ja tehdä näihin perustuen konkreettisia suunnitelmia mahdolliseen elämäntapamuutokseen. Tutkimuksen mukaan ohjauksen vaikuttavuus on suurempi kohdehenkilölle, jolla on jo olemassa suurentunut riski sairastua tai hän on jo sairastunut. (Absetz & Hankonen 2011, 2270–2271.)

Partasen, Forman & Rissasen (2018) teoksessa on kuvattu lupaavia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen keinoja. Tällaisia ovat menetelmät, joissa tavoitellaan käyttäytymisen muutosta kohdennettuna erilaisiin ryhmiin ja hyödyntäen ryhmien osallistamista. Ikääntyville suunnattu terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen voi olla sekä vaikuttavaa että mahdollisesti taloudellisesti tehokasta toimintaa mikäli se on osallistavaa, kansalaislähtöistä sekä hyvin suunniteltua. (Partanen, Forma & Rissanen 2018, 79, 98.)

4.5 Ikääntyvien omat odotukset

Koivulan (2013) mukaan ikääntyvien omat odotukset ehkäisevän vanhustyön vaikutuksista jakaantuvat kuuteen ryhmään: hyvin voiminen, kotona pärjääminen, tiedot ja taidot, yhteisöllisyys, asema ja oikeudet sekä mahdollisuudet vaikuttaa. Hyvin voimisen myötä ikääntyvät odottavat voivansa asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, terveenä ja virkeänä. Kotona pärjäämisen yhtenä odotteena on, että raihanaista elinikää voisi siirtää mahdollisimman kauan. Ikääntyvät toivovat tietoja itsehoitosta, palveluista sekä hyvinvoinnin edistämiseen käytettävistä olevista vaihtoehdoista. (Koivula 2013, 28–29.)

Yhteisöllisyyden kannalta ikääntyvät odottivat ennaltaehkäisevän vanhustyön erityisesti pitävän huolta yksin jäävistä, kuten leskeytyvistä. Ikääntyvät pitivät aseman ja

oikeuksien näkökulmasta tärkeänä yhdenvertaisia palveluja. Ennaltaehkäisevien toimien tulisi kohdistua edelleen vanheneviin ikäryhmiin eikä loppua, jos ikää on esimerkiksi 75 vuotta. He myös toivat esille itsemääräämisoikeuden kautta mahdollisuuden luopua palveluista, jos vointi ja kunto on kohentunut siten, että palvelun tarvetta ei enää ole. Ikääntyvät näkevät mahdollisuutensa vaikuttamiseen erityisesti siten, että heitä otettaisiin mukaan esimerkiksi ennaltaehkäisevien palvelujen suunnitteluun. (Koivula 2013, 29–30.)

5 Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet

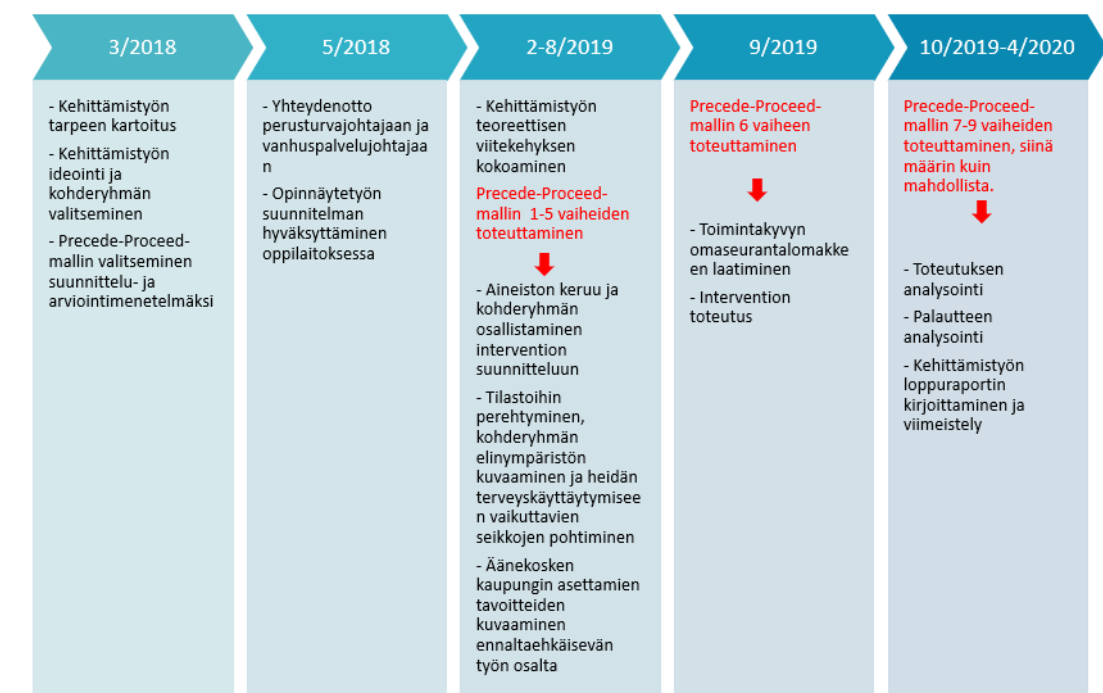
Tutkimuksellisen kehittämistyön taustalla voi olla organisaation tarve kehittyä tai saada aikaan muutoksia. Siihen kuuluu käytännön ongelman ratkaisua sekä uusien ideoiden, käytäntöjen, tuotteiden tai palvelujen tuottamista ja toteuttamista. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on luonnostella, kehitellä tai ottaa käyttöön ratkaisuja. Tutkimuksellinen kehittämistyö eroaa tieteellisestä tutkimuksesta siten, että sillä tavoitellaan ensisijaisesti käytännön parannuksia tai uusia ratkaisuja, ei niinkään uutta teoriaa. Kun tutkimuksellisessa kehittämistyössä painotetaan tehdyn työn dokumentointia ja julkisuutta, sen avulla voidaan toki luoda uudenlaista ammatillista tietoa. Aiheisällön lisäksi kehittämistyössä tarvitaan projektityön ja kehittämisen osaamista. Tutkimuksellinen kehittämistyö alkaa ideoinnista, sisältää monia kehittäelyvaiheita ja lopulta päättyy ratkaisuun, sen toteuttamiseen ja arviointiin. Siinä korostuvat toiminnallisuus, parannusten hakeminen nykytilanteeseen sekä ideoiden ja ratkaisujen toteutuskelpoisuuden varmistaminen tutkimuksen keinoin. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 20–21.)

Toikko & Rantanen (2009) esittelee viisi kehittämistoimintaan sisällytettävää tehtävää, joista ensimmäinen on *perustelu*. Perustelulla haetaan vastausta kysymykseen, miksi jotain pitää kehittää juuri nyt? Kehittämisen toteuttamisen näkökulmasta on hyvä pystyä määrittelemään mahdollisimman konkreettisesti, mitä kehittämisellä tavoitellaan. Toisena tehtävänä on *kehittämistoiminnan organisointi*. Organisoinnin aloittaminen edellyttää tavoitteen hyväksyntää organisaatiossa tai rahoittajien keskuudessa. On tiedettävä, millaisia resursseja toteuttamiseen on käytettävissä, keitä toimijoita kehittämistoiminnan toteuttajiksi on valittavissa. Kolmas tehtävä on *toteutusvaihe*, johon kuuluvat ideointi priorisointineen, kokeilu ja mallintaminen. Vaikka

kehittämistoiminta on enimmäkseen konkreettista tekemistä, siihen liittyy myös pohdintaa ja analysointia. Eri aloilla kehitettyjä niin kutsuttuja hyviä käytäntöjä voidaan pitää kehittämistoiminnan kautta syntyneinä mallinnuksina, joita on mahdollisuus käyttää ja siirtää muihin yhteyksiin tai toimintaympäristöihin. Neljäntenä tehtävänä kehittämistoiminnassa on *arviointi*. Arviointi kohdennetaan kehittämistoiminnan perusteluun, organisointiin ja toteutukseen. Sen avulla pyritään löytämään kehittämisprosessin toimivat ja toimimattomat kohdat. Arvioinnilla pyritään osoittamaan kehitetyn toiminnan toimivuutta. Arviointiin voi osallistaa myös kaikki toimijatasot, jotka ovat sidoksissa toimintaan. Kehitetyn *toiminnan juurruttaminen* eli kehittämistulosten levittäminen on kehittämistoiminnan viides tehtävä. Tuotteistaminen, joka voi olla kehitettävän työmenetelmän tai -prosessin mallintamista, helpottaa tulosten levittämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 56–63.)

Tämän kehittämistyön idea on saanut alkunsa Äänekosken vanhuspalveluissa käydyistä keskusteluista. Internetissä tehdyn tiedonhaun perusteella osassa Suomen kunnista toteutetaan vuosittain terveystarkastuksia ennalta sovituille ikäryhmille. Esimerkiksi Janakkalan ja Haapaveden kunnat sekä Perusturvaliikelaitos Saarikka kutsuvat kunakin vuonna 65 vuotta täyttävät terveystarkastukseen. Porissa ja Raumalla tarkastuksiin kutsutaan 75 -vuotiaat. Äänekosken kaupungissa ei tällä hetkellä ole resursseja tällaiseen systemaattiseen ikäkausitarkastustoimintaan. (Ikäihminen saa toki halutessaan lain edellyttämällä tavalla terveystarkastuksen terveyskeskuksesta.) Terveystarkastusten sijaan haluttiin keskittyä toimintakyvyn arviointiin, koska toimintakykyisyys on oleellista itsenäisesti kotona ilman palveluja pärjäämisen kannalta.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on tehostaa ikääntyvien ennaltaehkäisevää työtä Äänekosken kaupungissa, lisätä ikääntyvien tietoisuutta omasta toimintakyvystään sekä vastuunottoa omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Tavoitteena on suunnitella, pilotoida ja arvioida ennaltaehkäisevä ryhmämuotoinen toimintakyvyn mittaus- ja hyvinvointitapahtuma ikääntyville.



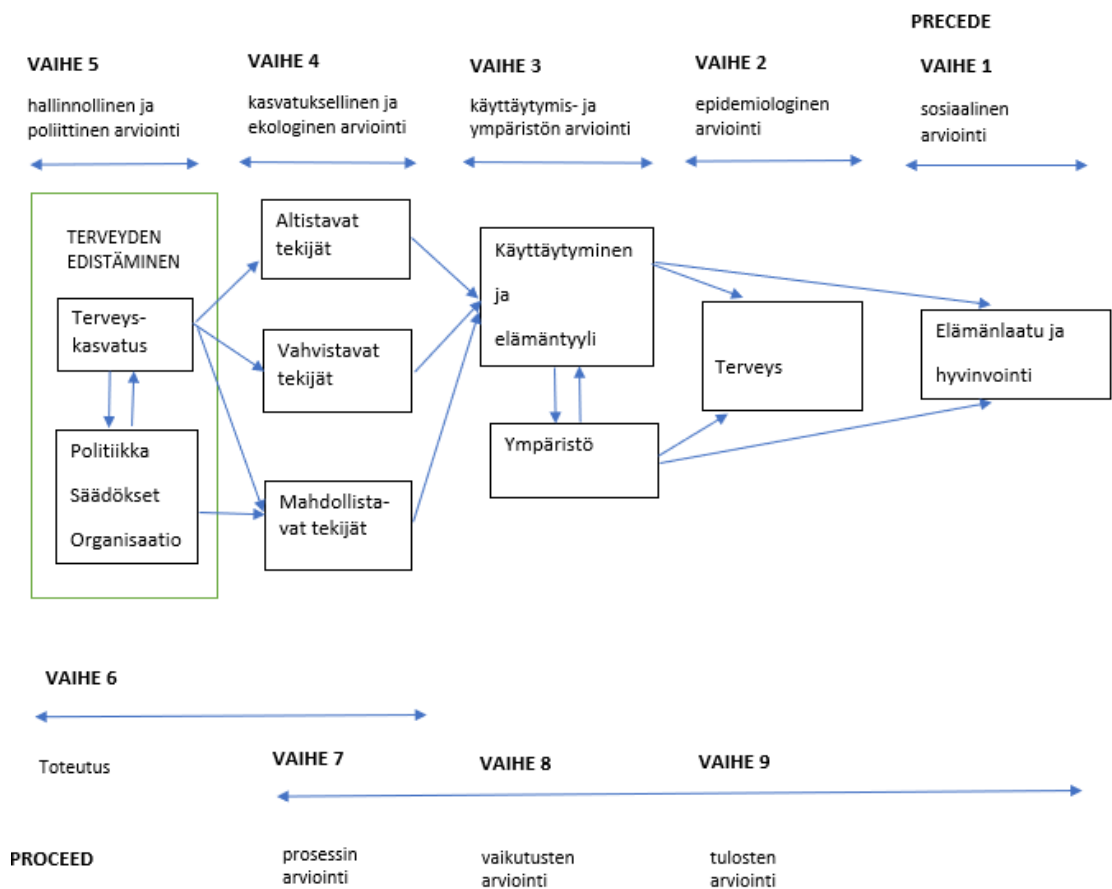
Kuvio 2. Kehittämistyön aikataulu

6 Precede–Proceed-mallin soveltaminen ikääntyvien toimintakykyintervention suunnittelussa ja arvioinnissa

Terveyttä edistävään toimintaan kohdistuu yhä enemmän odotuksia taloudellisesta kannattavuudesta, tavoitehakuisuudesta sekä näyttöön perustuvasta toiminnasta. Toiminnan systemaattinen suunnittelu parantaa toiminnan vaikuttavuutta ja laatua. Toiminnan suunnittelussa voidaan käyttää apuna erilaisia malleja, joista yksi parhaiten tunnetuista on niin kutsuttu Precede – Proceed -malli. Tämän mallin vahvuutena on, että se tarkastelee monipuolisesti terveyden edistämiseen ja toiminnan suunnitteluun vaikuttavia tekijöitä. (Green & Tones 2012, 156–162.)

Precede – Proceed -malli on yhdeksänvaiheinen (kuvio 3). Mallissa suunnittelun perustana on tavoite eli ensin määritetään, mitä interventiolla halutaan saavuttaa ja sen jälkeen, miten tavoitteeseen on mahdollista päästä. Suunnittelu alkaa intervention kohderyhmän oman äänen kuulemisen selvittämisellä ja etenee Precede -vaiheessa viiden etapin kautta kohti varsinaista intervention toteuttamista. Kohderyh-

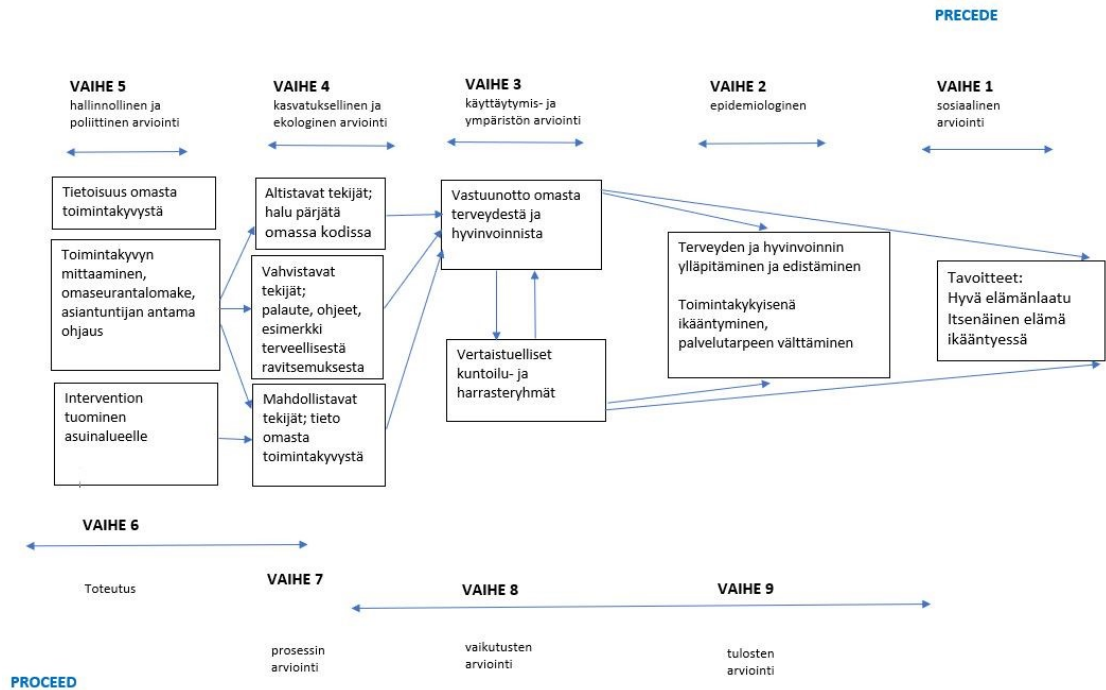
män omien toiveiden lisäksi kartoitetaan ilmiötä väestötasolla, pyritään tunnistamaan ympäristöön ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät. Myös terveyden edistämiseen liittyvät tieto, käsitykset, arvot ja asenteet sekä hallinnolliset ja poliittiset tekijät huomioidaan osana terveyden edistämisen toiminnan suunnittelua. Proceed -vaihe keskittyy intervention prosessin sekä lyhyen että pitkän aikavälin tulosten arviointiin. (Green & Tones 2012, 161.)



Kuvio 3. Precede-Proceed-malli Green & Kreuter 1991 (Green, Tones, Cross, & Woodall 2015, 164, muokattu)

Intervention suunnitteluun ja toteutukseen valittiin Precede – Proceed -malli, koska sen avulla tulee huomioiduksi monipuolisesti sekä intervention tavoitteet, suunnittelu, toteutukseen tarvittava resursointi että arviointi. Tämän intervention kautta tavoiteltava terveyskäyttäytymisen muutos on ikääntyvien tietoisuuden lisääminen

omasta toimintakyvystä ja vastuun ottaminen omasta terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisestä (kuvio 4). Toimintakyvyn säilyminen on ehdoton edellytys sille, että ikääntyessäkin on mahdollisuus nauttia laadukkaasta elämästä ja asua omassa kodissa mahdollisimman pitkään.



Kuvio 4. Precede-Proceed-malli Ikääntyvien hyvinvointitapahtumassa

Ikääntyvien hyvinvointitapahtuma on tarkoitus toteuttaa vuorotellen jokaisessa taajamassa Äänekosken kaupungissa. Tapahtuman säännöllisellä järjestämisellä voidaan motivoida asukkaita kiinnittämään huomiota omaan toimintakykyyn ja sen ylläpitämiseen sekä huolehtimaan omasta hyvinvoinnista.

6.1 Kohderyhmä

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön kohderyhmänä olivat ikääntyvät yhdestä Äänekosken kaupungin taajamasta. Kyseinen taajama valikoitui pilottitaajamaksi Äänekosken alueelta, koska sen ajateltiin olevan väestöpohjaltaan sopivan kokoinen tä-

män kaltaisen työskentelyn toteuttamisessa. Tilastokeskuksen tietojen mukaan kyseisen taajaman asukasluku vuoden 2018 lopussa oli 483, joista yli 65 -vuotiaita oli 181 (Kuntien avainluvut). Väestötietojärjestelmän mukaan 65 vuotta täyttäneitä oli tällä alueella vuonna 2019 yhteensä 373 henkilöä, joten Tilastokeskuksen sivulle tallennettuun asukaslukuun täytyy suhtautua varauksella. Aukkaiden tiedettiin olevan aktiivisia ja heidät oli helppo saada innostumaan mukaan jo suunnitteluvaiheen työskentelyyn. Intervention suunnitteluvaiheessa toteutettiin kaksi erilaista kohderyhmän tapaamista, joiden kautta tavoitettiin kaikkiaan 28 kohderyhmään kuuluvaa henkilöä.

6.2 Sosiaalinen arviointi

Terveyden edistämisen intervention suunnittelussa tärkeä lähtökohta on saada selville kohderyhmän omat ajatukset siitä, miten he itse arvioivat tilanteensa. Kohderyhmän osallistamisen kautta on mahdollista kehittää interventio, jolla päästään tavoitteeseen, joka interventiolla on asetettu. Ensin määritellään päätavoite, josta suunnittelu toteutetaan taaksepäin kohti alatavoitteita ja päätavoite voidaan saavuttaa vasta, kun alatavoitteet on saavutettu (Crosby & Noar 2011, 9).

Kohderyhmän ensimmäinen tapaaminen oli helposti järjestettävissä, sillä seurakunta järjestää taajamassa viikoittain aamupuurotapahtuman, johon osallistuu runsaasti kohderyhmään kuuluvia asukkaita. Näin ollen erillistä rekrytointia ei tarvittu tässä vaiheessa kohderyhmän tavoittamiseksi vaan he olivat jo valmiiksi tilaisuudessa koolla.

Aamupuurotapahtumassa reilun puolen tunnin aikana kerrottiin suunnitteilla olevasta ikääntyvien hyvinvointitapahtumasta ja annettiin kohderyhmälle mahdollisuus esittää kysymyksiä ja ajatuksia tapahtumaan liittyen. Lopuksi heille jaettiin lyhyt neljän monivalintakysymyksen mittainen kysely, jolla selvitettiin kohderyhmän mielipiteitä yleisesti interventiotapahtuman järjestelystä ja sen sisällöstä. Kyselyyn vastanneita ei voinut tunnistaa jälkikäteen, sillä lomakkeella ei kysytty esimerkiksi nimeä, sukupuolta tai ikää.

Kyselylomakkeen ensimmäisellä kysymyksellä kerättiin tietoa, minkä toimintakyvyn osa-alueen mittaustietoa kohderyhmä olisi halukas saamaan interventiossa. Kysymyksessä oli listattu kymmenen eri toimintakyvyn osa-alueen mittausta ja vastaajia pyydettiin asettamaan ne numeeriseen järjestykseen numero yhden tarkoittaessa vastaajalle tärkeintä mittausta ja numero kymmenen vähiten tärkeintä. Lisäksi vastaajilla oli mahdollisuus ilmaista, jos jokin kohderyhmän mielestä tarpeellinen osa-alue oli jäänyt huomioimatta. Kysymys osoittautui vaikeaksi vastaajille vastata ja yhtenäistä analyysia kaikkien vastauslomakkeiden vastauksista tämän kysymyksen kohdalla ei voitu tehdä. Vastausten perusteella voitiin kuitenkin päätellä, että tärkeimmiksi koettiin fyysisen toimintakyvyn mittaus, näön tarkastus, kuulon tutkiminen sekä muistisairauksien riskitesti. Alkoholin käytön arvioiminen sekä painoindeksin laskeminen oli vastaajien mielestä vähiten tärkeimpiä mittauksia. Toisella kysymyksellä kartoitettiin, millaisia asiantuntijoita tapahtumaan toivottaisiin vierailijoiksi. Aihealueina Kelan etuudet ja Äänekosken kaupungin tarjoamat ikääntyvien palvelut kiinnostivat vastaajia eniten. Lisäksi suunterveys, ravitsemus, liikunta sekä edunvalvontavaltuus herättivät mielenkiintoa. Kahdella viimeisellä kysymyksellä kartoitettiin, tarvitseeko vastaaja tapahtumaan päästäkseen erillistä kuljetusta sekä mikä ajankohta viikosta ja päivästä tapahtuman järjestämiselle olisi paras. Yli puolet vastaajista (62 %, N=21) vastasi, ettei tarvitse kuljetusta tapahtumaan. Vastaajista 95 prosenttia toivoi tapahtuman järjestettävän arkena ja 65 prosenttia koki parhaimmaksi ajankohdaksi aamupäivän.

Toiseen kohderyhmän tapaamiseen kutsuttiin intervention toteuttamispaikkakunnalla asuvia ikääntyviä. Rekrytointi tapahtui kutsumalla suoraan kohderyhmään kuuluvia asukkaita erilaisten asiakaskontaktien yhteydessä, kuten seniorineuvolan vastaanotolla. Tapaamiseen kutsuttiin kaikkiaan kymmenkunta henkilöä, joista seitsemän saapui paikalle. Mukana oli yksi mies ja kuusi naista. Iältään he olivat noin 65 – 85 -vuotiaita. Suunnitteilla olevaan tapahtumaan ei ollut asetettu tarkkaa ikärajaa. Eri-ikäisten ajatusten kuuleminen oli tärkeää, jotta tapahtuma palvelisi mahdollisimman laajalti eri ikäryhmiä. Tapaamisen alussa kerrottiin lyhyesti suunnitteilla olevasta ikääntyvien hyvinvointitapahtumasta ja että nyt haluttiin kuulla heidän ajatuksiaan ikääntyvän toimintakyvystä, sen ylläpitämisestä sekä arjessa selviytymisestä. Tapaa-

misen tarkoituksena oli saada tietoa, jota voitaisiin käyttää avuksi hyvinvointitapahtuman sisällön suunnittelussa, jotta tapahtumassa osattaisiin tarjota kävijöille hyödyllistä tietoa.

Tapaamisessa sovellettiin ryhmämuotoista Learning cafe -ideointimenetelmää. Aluksi osallistujia pyydettiin jakautumaan kahteen ryhmään. Heille kerrottiin työskentelyn tavoite ja ohjattiin, kuinka ryhmissä tulee toimia. Ryhmille asetettiin pöytään kysymys, jota heidän tuli yhdessä keskustellen pohtia ja kirjata lyhyesti tärkeimpiä asioita post-it lapuille. Kaikkiaan kysymyksiä oli kolme. Aikaa yhden kysymyksen miettimiseen annettiin kymmenen minuuttia. Keskustelu ryhmissä oli vilkasta ja eri-ikäisten ikääntyvien näkökulmat tulivat hyvin esille. Kun ryhmät olivat käsitelleet kaikki kolme kysymystä, tehtiin post-it lappujen pohjalta vielä yhteinen yhteenveto keskustellen ryhmän tapahtuman koolle kutsujien johdolla, samalla varmistettiin, että kaikki ryhmien ajatukset tulivat oikein ymmärretyiksi.

Ryhmillä kysyttiin, millainen tieto voisi auttaa heitä huolehtimaan omasta toimintakyvystä ja tukisi arjessa pärjäämistä omassa kodissa. Tärkeiksi aihealueiksi nousi yleisesti suunhoito, näkökyky, harrastukset, sosiaaliset suhteet ja yhdessä tekeminen sekä tietotekniset taidot. Toisella kysymyksellä kartoitettiin ikääntyvien omaa ajatusta siitä, millainen ikääntyvän hyvä toimintakyky on? Tämän aiheen keskusteluissa nousi esiin liikuntakyky, mieliala, sosiaaliset suhteet ja kyky olla mukana esimerkiksi järjestötoiminnassa. Kolmanneksi kysyttiin millä keinoilla ikääntyvä voi itse huolehtia omasta toimintakyvystä? Etenkin tämä aihe herätti runsasta keskustelua. Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen liikunnan, levon, ravinnon, ystävien, erilaisten tapahtumien, ryhmien ja harrastusten avulla koettiin tärkeäksi. Yhteen lappuun oli kirjoitettu "Ole armollinen, hellitä ja helli jo itseäsi!". Myös erilaisten palvelujen käyttö, kuten seniorineuvola, terveyspalvelut ja ulkoiluystävätoiminta, auttaa huolehtimaan omasta toimintakyvystä. Arjen toimintoja, kuten ruuanlaitto, siivoaminen, peseytyminen sekä kaupassa käynti, pidettiin myös tärkeinä toimintakykyä edistävinä tekeinä.

6.3 Epidemiologinen arviointi

Epidemiologisessa arvioinnissa pyritään kuvaamaan tarkasti ne terveysongelmat, johon interventio halutaan kohdentaa. Kuvailevaan epidemiologiaan liittyy pääasiassa yhteisöjen sairauskuormituksen kartoittaminen sekä sairauksien jakautumismallit suhteessa aikaan, paikkaan ja henkilöihin. (Green, Tones, Cross & Woodall 2015, 56–57.) Tämä interventio on primaaripreventiivinen eli sillä pyritään tunnistamaan ja vähentämään riskitekijöitä, jotka voisivat johtaa ikääntyvien toimintakyvyn pysyvään alenemiseen.

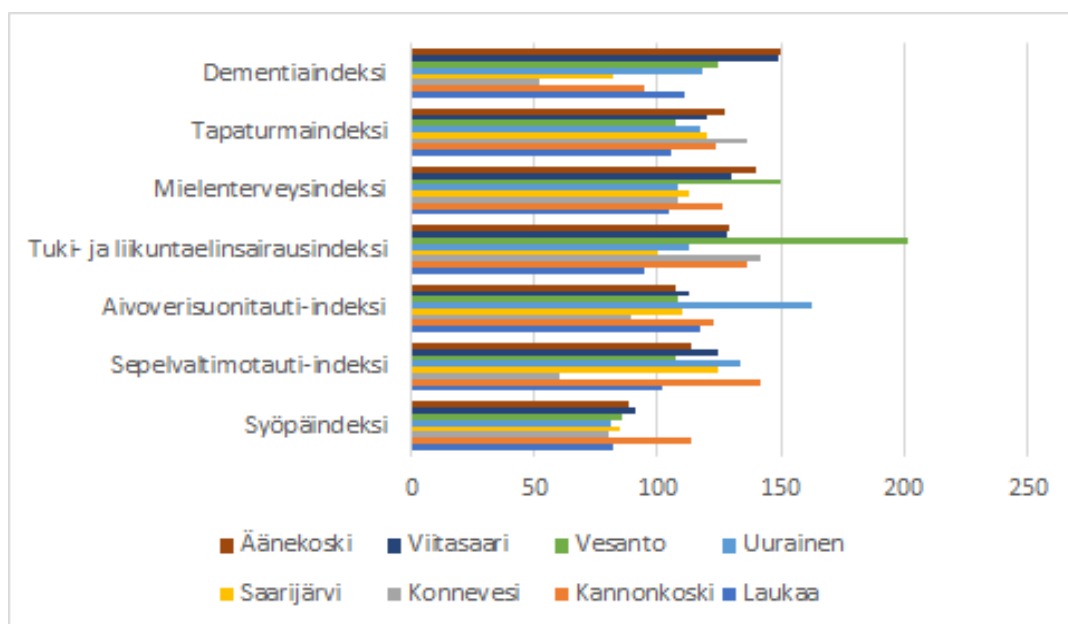
Suomessa elinajanodote vuonna 2000 on ollut 77,8 vuotta ja vuonna 2015 81,6 vuotta. Elinajanodote on noin vuoden korkeampi verrattuna EU:n keskiarvoon. Vain noin puolet suomalaisista 65 -vuotiaista on kuitenkin saanut elää ilman mitään sairauksia, miehet ovat sairastaneet hieman yleisemmin kuin naiset. Erilaiset muistisairaudet ovat tällä hetkellä yleisimpiä sairastavuuden sekä kuolleisuuden syitä kyseisessä ikäryhmässä. (State of The Health in the EU Finland Health Profile 2017, 1.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ikävakioitun sairastavuusindeksin (2014 – 2016) mukaan Äänekosken sairastavuusindeksi oli 123.7. Sairastavuusindeksin vertailuluku on 100. Se kuvaa kuntien ja alueiden sairastavuutta suhteessa koko maahan. Vertailussa (taulukko 2) ovat mukana Äänekoski ja sen naapurikunnat (Sairastavuusindeksi 2014 – 2016 n.d.)

Taulukko 2. Äänekosken ja naapurikuntien ikävakioitu sairastavuusindeksi

Alue	Arvo
Laukaa	101.1
Kannonkoski	124.8
Konnevesi	104.7
Saarijärvi	105.3
Uurainen	114.9
Vesanto	137.1
Viitasaari	121.8
Äänekoski	123.7

Erillisiä sairausryhmien indeksejä tarkasteltaessa Äänekosken kohdalla vertailuluvun 100 alittaa vain syöpäindeksi ollen 88.7. Lähikuntiin verraten dementiaindeksi Äänekoskella on korkein (kuvio 5). Ennaltaehkäisevän työn näkökulmasta terveellisillä elämäntavoilla ravitsemuksella, liikunnalla ja levolla yksilö voi itse vaikuttaa lähes kaikkiin kuviossa 5 esitettäviin sairausryhmiin. (Sairausryhmittäiset indeksit 2017 n.d.)



Kuvio 5. Äänekosken ja naapurikuntien sairausryhmittäiset indeksit

6.4 Käyttäytymisen ja ympäristön arviointi

Interventioihin liittyvä ympäristön arviointi sisältää fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen ympäristön. Ympäristö voi vaikuttaa käyttäytymisen riskitekijöihin ja sitä kautta terveyteen joko suoraan tai välillisesti. Suoraa vaikutusta aiheuttavat esimerkiksi ympäristön saasteet, ruuan tai puhtaan juomaveden puute tai ylikansoittuminen. Välillisesti vaikuttavaa voi olla esimerkiksi harrastusmahdollisuuksien vähäisyys, joka voi johtaa fyysisen aktiivisuuden vähäisyyteen ja heikentää sen vuoksi terveyttä. (Green & Tones 2012, 86–87.)

Ympäristön muutoskohteiden valinnassa ja arvioinnissa voi käyttää nelikenttämallia (taulukko 3). Esimerkkitaulukkoon on koottu tämän ikääntyvien toimintakykyintervention suunnittelussa ilmenneitä ympäristötekijöitä, joilla voisi olla vaikutusta yksilöiden (terveys)käyttäytymiseen.

Taulukko 3. Nelikenttämalli muutoskohteiden valintaan ja arviointiin

<p>Erittäin tärkeä, helposti muutettava, ensisijainen muutoskohde</p> <p>*tieto toimintakyvyn ylläpitämisen ja kehittämisen tärkeydestä ja keinoista *mahdollisuus osallistua ohjattuihin liikuntaryhmiin, painonhallintaryhmiin *tietoiskut terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista teemoista esim. seurakunnan aamupuurotilaisuuksissa</p>	<p>Vähemmän tärkeä, helposti muutettava, ei merkittävää muutosvaikutusta</p> <p>*liikkumisesta palkitseminen *tietoa terveyttä ja hyvinvointia tukevista elämäntavoista: ravitsemus, sosiaaliset suhteet, päihteiden käyttäminen, tupakointi saatavilla tiedotusvälineiden kautta *haastekilpailut esim. liikkumiseen tai painonhallintaan liittyen</p>
<p>Erittäin tärkeä, vaikeasti muutettava, edellyttää erillistä arviointia ja resurssointia</p> <p>*henkilökohtainen tieto omasta toimintakyvystä (mittaukset) *mahdollisuus päästä helposti terveystietoihin *Pop up -toiminta silmä- ja suunterveyden tarkastukset *terveelliseen asumiseen, kulutukseen ja virkistäytymiseen käytettävissä olevat tulot *mahdollisuus valita ruokaostoksilla terveellisimmät vaihtoehdot</p>	<p>Vähemmän tärkeä, vaikeasti muutettava, merkityksetön muutoskohde</p> <p>*asiointikyky isompaan taajamaan *useampia vaihtoehtoja liikkumispaikoiksi omalla asuinalueella</p>

Äänekosken kaikissa taajamissa (Konginkangas, Sumiainen, Suolahti ja Äänekoski) oli aiemmin omat terveysasemat. Kuntaliitosten jälkeisten toimintojen yhdistämisten vuoksi taajamien terveysasemien toiminta lakkautettiin vuonna 2014 ja kaikki terveyspalvelut keskitettiin Äänekosken keskustaan. Tästä johtuen matka terveyspalveluihin piteni aiemmasta. Äänekosken taajamissa on nykyisin saatavilla laboratoriopalveluja ja Seniorineuvolan matalan kynnyksen vastaanottopalveluja joka toinen viikko. Suunterveyden palvelut ja silmälääkärin vastaanotot ovat myös saatavana Äänekosken keskustassa.

Pienimmissä taajamissa on vain yksi ruokakauppa, joten todennäköisesti iso osa kyseisillä alueilla ikääntyvistä asioi pääasiassa yhdessä kaupassa. Kauppojen tuotevalikoimat ovat niiden koon vuoksi rajalliset, joten sillä voinee olla vaikutusta siihen, kuinka monipuolisia ja terveellisiä elintarvikkeita on mahdollisuus hankkia jokapäiväisen ruuan valmistamiseen. Kaikissa taajamissa on käytössä kuntosali, jossa on mahdollisuus osallistua ohjattuun kuntosaliryhmään. Muita liikuntapaikkoja on taajamien alakoulujen liikuntasalit sekä joissain taajamassa työväentalon juhlasali. Myös näissä paikoissa on tarjolla ryhmässä liikkumisen tilaisuuksia. Taajamissa ylläpidetään ”puru-rataa”, yleistä uimarantaa sekä latuverkostoa alueen asukkaiden vapaata käyttöä varten.

Tilastokeskuksen tietojen mukaan Äänekoskella on vuosien 1987 – 2018 tarkastelujakson aikana ollut aina koko maan keskiarvoa korkeampi työttömien osuus työvoimasta. Suurimmillaan työttömyys on ollut vuonna 1993, jolloin työttömiä on ollut lähes 30 prosenttia työvoimasta. Vuonna 2000 äänekoskelaisista on ollut työttömänä reilu 16 prosenttia ja vuonna 2010 noin 15 prosenttia. Tilastoja ei ole eritelty Äänekosken osalta taajamittain, mutta työttömyys on koskettanut kaikkien taajamien asukkaita. Tällä on varmasti vaikutusta myös nykyiseen eläkettä saavien tulotasoon. (Työttömien osuus työvoimasta 2019.)

6.5 Kasvatuksellinen ja organisaation arviointi

Tämä vaihe määrittelee tekijät, jotka johtaisivat todennäköisesti käyttäytymisen muutokseen ja ylläpitäisivät tätä muutosprosessia. Ne luokitellaan yleensä altistaviksi,

mahdollistaviksi ja vahvistaviksi tekijöiksi. Altistavat tekijät ovat käyttäytymisen edeltäjiä, jotka tarjoavat käyttäytymiselle perustelun tai motivaation ja joihin sisältyy yksilöiden olemassa olevat taidot ja minäpystyvyys. Mahdollistavat tekijät ovat käyttäytymisen tai ympäristön muutoksen edeltäjiä, jotka sallivat motivaation tai ympäristöpolitiikan toteutumisen ja niihin voi sisältyä uusia taitoja, palveluja, resursseja ja ohjelmia. Vahvistavat tekijät ovat käyttäytymistä seuraavia tekijöitä, jotka antavat jatkuva palkkiota tai kannustinta käyttäytymisen jatkumiselle tai toistumiselle ja niihin sisältyy sosiaalinen tuki, kannustus ja vahvistaminen. (Binkley & Johnson 2014, 4.)

Sosiaalista arviointia tehtäessä nousi esiin kohderyhmän ajatukset yleisesti aktiivisesta ikääntymisestä, kotona arjessa selviytymisestä toimintakykyisenä. Aineiston pohjalta voidaan ajatella kohderyhmän haluavan ikääntyä mahdollisimman hyväkuntoisena omassa kodissaan ja ympäristössään. Elämän aikana karttunut tietous on muovannut yksilön arvoja, asenteita sekä uskomuksia terveellisistä elämäntavoista ja nämä ohjaavat terveyskäyttäytymistä. Näitä pidetään käyttäytymisen muutoksen altistavina tekijöinä (Green, Tones, Cross & Woodall 2015, 165).

Ikääntyvien hyvinvointitapahtumassa pyrittiin lisäämään kävijöiden tietoisuutta yleisesti oman terveyden, hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn edistämisestä jakamalla tietoa asiantuntijoiden infopisteillä. Henkilökohtaisilla toimintakyvyn mittaustuloksilla lisättiin kävijän tietoisuutta omasta sen hetkisestä toimintakyvystä. Henkilökohtaiset mittaustulokset voivat toimia parhaimmassa tapauksessa herätteenä ja motivoida käyttäytymisen muutokseen, joka tähtää itsestä huolehtimiseen, terveellisiin elämäntapoihin sekä oman toimintakyvyn edistämiseen. Kävijä sai tietoa, mille toimintakyvyn osa-alueelle hänen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Mittaajalla oli mahdollisuus antaa henkilökohtaista palautetta kävijälle mittaustulosten perusteella. Osallistujia voitiin ohjata ja motivoida tarvittaviin muutoksiin sekä toisaalta hyvän mittaustuloksen tullessa kannustaa jatkamaan jo totuttua hyvää elämäntapaa. Tapahtumassa kävijä voitiin ohjata myös tarvittaessa taajamassa toimivan seniorineuvolan matalan kynnyksen vastaanotolle, jossa hänen on mahdollista saada tarkempaa yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa. Edellä kuvattuja tekijöitä voidaan pitää vahvistavina tekijöinä, joilla on mahdollista ylläpitää toivottua terveyskäyttäytymistä (Räsänen 2010, 113).

Terveyskäyttäytymisen muutoksen mahdollistavina tekijöinä pidetään tekijöitä, jotka tukevat käyttäytymisen tai ympäristön muutosta, kuten resurssit ja taidot sekä mahdolliset esteet (Green ym. 2015, 165). Terveyskäyttäytymisen muutoksen mahdollistavina tekijöinä kokeiltiin muun muassa seuraavaa keinoa. Hyvinvointitapahtumassa olevassa kahvilassa maksettiin yksi kiinteä maksu, joka oikeutti maistamaan kaikkea tarjolla olevaa. Tarjolla oli runsaasti helppoja, terveellisiä vaihtoehtoja ja näin ollen kävijät saatiin kenties maistamaan uusia välipaloja, joita heidän ei välttämättä itse tulisi valmistettua tai ostettua kaupasta. Toki koko ikääntyvien hyvinvointitapahtuma voi toimia terveyskäyttäytymisen muutoksen ja sitä myötä terveyden edistämisen mahdollistavana tekijänä. (Räsänen 2010, 113–114.)

6.6 Hallinnollinen ja poliittinen arviointi

Vuoden 2007 solmitun kuntaliitoksen jälkeen palvelut ovat keskittyneet enenevässä määrin Äänekosken taajamaan. Väkiluku kaupungissa vuonna 2018 on ollut 21 549 ja väestöstä yli 64 -vuotiaita oli 27,1 prosenttia (Taajama- ja haja-asutusalueväestö iän ja sukupuolen mukaan kunnittain 2018; Taajamat väkiluvun ja väestötiheyden mukaan 2018). Äänekosken kaupungissa on tehty Ikääntymispoliittinen ohjelma vuosille 2018 – 2022 – Yhdessä tulevaisuuteen. Siinä on linjattu, että tulevaisuuteen varautumisessa tulee kaikissa hallintokunnissa panostaa ennaltaehkäisevään, kuntouttavaan ja toimintakykyä laaja-alaisesti tukevaan toimintaan. Ohjelmassa todetaan, että riittävien lähipalvelujen turvaaminen etäämmällä sijaitsevilla taajamissa on haasteellista. Tästä huolimatta ”ennaltaehkäisevän työn tavoitteena on vahvistaa ikääntyneen ihmisen hyvinvointia, omaa toimijuutta, tietämystä ja taitoa hyvinvointinsa edistämisessä, tarjota tukea terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä siirtää palveluntarvetta myöhäisempään vaiheeseen”. (Ikääntymispoliittinen ohjelma vuosille 2018–2022 – Yhdessä tulevaisuuteen. 2018, 6, 8, 21.)

Ikääntyvien ennaltaehkäiseviä palveluja on pyritty kehittämään ja toimintakyvyn edistämistä on pidetty kehittämistyössä ikääntyvien kohdalla tärkeänä näkökulmana. Erilaisten tapahtumien kautta on pyritty tavoittamaan kerralla suuri osa kohderyhmästä, mutta nämä tapahtumat ovat vielä keskittyneet Äänekosken taajamaan, jolloin muista taajamista osallistuminen on ollut hyvin vähäistä.

Niin kutsuttujen matalan kynnyksen palvelujen vieminen lähemmäs asukkaita, entisten kuntakeskusten taajamiin, on muodostunut tärkeäksi toimintatavaksi ennaltaehkäisevissä ikääntyvien palveluissa. Tässä opinnäytteessä toteutetulla ryhmämuotoisella interventiolla tavoiteltiin kerralla suurta osuutta kohderyhmästä. Tarkoituksena oli tarjota ikääntyvälle tietoa omasta toimintakyvystä erilaisten toimintakykyä mittaavien testien avulla sekä ohjata ottamaan vastuuta omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. Kehittämistyön tuloksena syntynyt Ikääntyvien hyvinvointitapahtuman mallia on tarkoitus pilotoinnin jälkeen käyttää kaupungissa siten, että kaikissa taajamissa tapahtuma järjestetään säännöllisesti joka toinen vuosi.

6.7 Intervention toteutus

Ikääntyvien hyvinvointitapahtumaa mainostettiin kaupungin nettisivuilla, sosiaalisessa mediassa ja paikallisten liikkeiden ilmoitustauluilla sekä lisäksi siitä kirjoitettiin paikallislehteen ennakkojuttu. Seurakunta sekä eläkeläisjärjestöt jakoivat mainoksia omissa tapahtumissaan. Tapahtumaan toivottiin etukäteisilmoittautumista, jotta toimintakyvyn mittaajia osattiin varata riittävä määrä.

Tapahtuma toteutettiin 18.9.2019 klo 12-16. Toimintakykymittauksia oli tekemässä taustaorganisaatiosta yhdeksän sosiaali- ja terveysalan ammattilaista sekä kolme organisaation ulkopuolista asiantuntijaa. Lisäksi paikalle kutsuttiin muita asiantuntijoita pitämään omia infopisteitä. Näissä aiheina olivat suunterveys, inkontinenssi sekä kodin turvallisuus ja muutostyöt.

Toimintakyvyn mittauspisteitä tapahtumassa oli kaikkiaan kahdeksan. Terveysmittauspisteellä Sydämpiiri tarjosi tarvikekulujen hinnalla verensokerin, hemoglobiinin sekä kolesterolin mittausta. Verenpaineen mittaus oli maksutonta. Muista toimintakyvyn mittauksista ei peritty maksua.

Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen

Fyysistä toimintakykyä selvitettiin seuraavilla mittareilla ja tutkimuksilla: SPPB, käden puristusvoima, BMI ja näkö. Paino, pituus ja vyötärön ympäryys mitattiin yhdellä mit-

tauspisteellä. Mittaajana toimi lähihoitaja. Painoindeksi (BMI) avulla mitataan ihmisen painon ja pituuden suhdetta, joka kertoo, onko henkilö alipainoinen, normaalipainoinen vai ylipainoinen. Yksilöllisen biologisen ikääntymisen vuoksi ei voida kuitenkaan asettaa tarkkoja raja-arvoja painoindeksiä mitattaessa. Ikääntyvien normaalipainoa arvioitaessa painoindeksiin raja-arvot ovat hieman korkeammat verrattuna nuorempiin. Normaali painoindeksiin alue yli 65 -vuotiailla on 23 – 28. Lihavuudesta johtuvien haittojen vaikutus vähenee ikääntymisen myötä, mutta elinvuosiin se voi vaikuttaa vähentävästi. Painoindeksiin mittaustulosta ikääntyvien kohdalla tulee tarkastella laajemmasta näkökulmasta. Mikäli painoindeksi poikkeaa normaalipainoisen raja-arvoista, tulisi laihduttamisen tai lihottamisen suhteen kuitenkin arvioida niistä aiheutuvia mahdollisia haittoja sekä hyötyjä. Mikäli esimerkiksi ylipainosta aiheutuu selkeää terveydellistä tai toimintakykyä alentavaa haittaa, on laihduttaminen tällöin perusteltua. Ikääntyneen keho ei kuitenkaan kestä rajuja muutoksia. Laihduttaessa ravitsemuksesta on pidettävä erityistä huolta, jottei lihasmassa häviä ja aiheuta ikääntyvässä raihnaisuutta. (Mustajoki 2019.)

Lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB) suoritettiin kahdella mittauspisteellä. Mittaajina toimivat kaksi toimintaterapeuttia, jotka työssään käyttävät kyseistä mittaria. Testistö sisältää tasapainon, kävelynopeuden sekä tuolilta nousun testaamisen. Tasapainoa testatessa testihenkilön tulee kyetä seisomaan 10 sekunnin ajan ensiksi jalat rinnakkain, seuraavaksi puolittain peräkkäin ja viimeiseksi jalat peräkkäin. Kävelynopeutta testatessa otetaan aika neljän metrin kävelymatkalta. Testistössä on raja-arvot kävelyajoille, joiden mukaan osion pisteytys suoritetaan. Tuolilta nousu tehdään viisi kertaa mahdollisimman nopeasti. Jokaisesta kolmesta edellä mainitusta osa-alueesta maksimi pistemäärä on 4, jolloin koko SPPB-testistön maksimi pistemäärä on 12. Fyysinen toimintakyky on sitä heikempi mitä pienempi testistön pistemäärä on. Erityistä huomiota tulee kiinnittää alaraajojen lihaskuntoon, kun kokonaispistemäärä laskee alle 10. (Valkeinen, Stenholm, Sainio, Pajala & Vaara 2014.) Liikku- misiongelmiä tunnistamisella voidaan ennustaa muistisairautta. Muun muassa kävelynopeuden hidastumisella on havaittu olevan yhteys kognitiivisten toimintojen heikentymiseen. (Arolaakso & Tervaskanto-Mäentausta 2017, 292.; Watson, Rosano, Boudreau, Simonsick, Ferrucci, Sutton-Tyrrell, Hardy, Atkinson, Yaffe, Satterfield, Harris & Newman 2010, 1097.)

Käden puristusvoimaa mitattiin kahdella mittauspisteellä ja etenkin tämä mittaus herätti kohderyhmässä suurta mielenkiintoa. Mittaajina toimivat liikunnanohjaaja sekä lähihoitaja. Liikunnanohjaajalle mittaustekniikka oli ennestään tuttu. Lähihoitajalle opastettiin mittarin käyttö ennen tapahtumaa. Käden puristusvoiman mittaamiseen käytetään dynamometria. Tapahtumassa käytössä oli Jamar-Saehan merkkiset mittarit, joka on yleisin käytetty mittarimerkki ja sitä on käytetty useissa kansainvälisissä väestötutkimuksissa. Mittaustilanteessa mitattava istuu käsinojattomalla tuolilla selkä suorana ja jalat tukevasti lattiassa. Mittaus suoritetaan dominoivasta kädestä. Mittauksessa käytettävä kädenvarsi on kiinni vartalon sivulla ja käsi on eteenpäin koukistettuna 90 asteen kulmassa. Toinen käsi voi levätä sylissä tai roikkua vapaana vartalon sivulla. Dynamometria puristetaan 3-5 sekunnin ajan maksimaalisella voimalla. Testisuoritus toistetaan 30 sekunnin kuluttua. Tarvittaessa tehdään kolmas mittaus, mikäli kahden ensimmäisen mittauksen tulokset eroavat selkeästi toisistaan. Tulokseksi kirjataan mittauksista saatu paras tulos. Ikääntymisen myötä käden puristusvoima heikkenee. Iäkkäiden henkilöiden kohdalla kädenpuristusvoimaa mittaamalla voidaan ennustaa muun muassa fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä, päivittäisistä toiminnoista suoriutumista sekä elämänlaatua. Heikko käden puristusvoima ennakoi edellä mainittujen toimintojen heikkenemistä. (Stenholm, Punakallio & Valkeinen 2013.)

Näön tutkimisen suoritti sairaanhoitaja LEA-numerotaululla neljän metrin etäisyydeltä. Taulussa numerot pienenevät ylhäältä alaspäin. Taulun tyypistä riippuen näkö testataan kolmen tai neljän metrin etäisyydeltä taulusta. Aluksi testataan silmien yhteisnäkö, jonka jälkeen testataan molempien silmien näkökyky peittämällä erikseen toinen silmä. Normaali näöntarkkuus testitaululla mitattuna on 0,8. Jos testihenkilöllä on käytössään silmälasit, testataan näkö aluksi ilman silmälaseja ja sen jälkeen silmälasien kanssa. (LEA-Test Ltd. 2018.; Näkeminen n.d.) FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan 50 ikävuoden jälkeen kaukonäön heikkeneminen kiihtyy. Alle 60 -vuotiailla näkökyvyn ongelmat olivat tutkimuksen mukaan vielä harvinaisempia, mutta vanhemmassa ikäluokassa ongelmat selkeästi lisääntyivät ja miehillä näkökyvyn heikkeneminen oli hieman naisia yleisempää. (Uusitalo, Mikhailova, Sainio & Koskinen 2018, 114.)

Psyykkisen toimintakyvyn mittaaminen

Psyykkistä toimintakykyä mitattiin GDS-15 asteikolla. Mittausta suoritettiin kahdella mittauspisteellä. Mittaajina toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelujen palveluohjaaja sekä lähihoitaja, jotka työssään käyttävät mittaria. Kyseessä on geriatrinen depressioasteikko, joka on kehitetty iäkkäiden henkilöiden masennuksen arvioimiseksi. Asteikon kehittämisessä pyrittiin käytön helppouteen sekä somaattisten sairauksien oireiden esiintyvyyden välttämiseen asteikossa. Mahdollisia masennukseen viittaavia oireita pyydetään arvioimaan viimeksi kuluneen viikon ajalta. Masennusseulonnessa voidaan käyttää 30, 15, 10 ja 4 kysymyksen asteikkoja. (Geriatrinen depressioasteikko 2019.) Tässä tutkimuksessa käytetty GDS-15 asteikko pisteytetään Friedmanin ym. (2005) mukaan seuraavasti: 0 – 5 ei masennusta, 6 – 10 lievä tai keskivaikea masennus ja 11 – 15 vaikea masennus (GDS-15. Myöhäisiän depressioseula).

Kognitiivisen toimintakyvyn mittaaminen

Kognitiivisen toimintakyvyn mittaamiseen käytettiin FINGER-toimintamallia, jonka avulla voidaan tunnistaa muistisairauden riskissä olevat henkilöt. Toimintamallia oli käyttämässä kaksi Apetta Aivoille -hankkeen työntekijää, joille malli oli ennestään tuttu. Hankkeessa on ollut tavoitteena aikuisväestön aivoterveysten edistäminen ja muistisairauksien ennaltaehkäisy, joten heidän ajateltiin olevan sopivia asiantuntijoita kognitiivisen toimintakyvyn mittaamiseen. FINGER -tutkimus on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Kansanterveyden edistäminen -yksikön toteuttama muistitoimintojen heikentymisen ehkäisy tutkimus vuodesta 2009 vuoteen 2024. Tähän tutkimukseen pohjautuen on kehitetty FINGER -toimintamalli, joka auttaa tukemaan muistitoimintojen säilymistä tehokkaalla elintapaohjauksella. Sen on osoitettu sopivan juuri ikääntyvien terveydenedistämistyöhön. (Kulmala, Ngandu, Lehtisalo & Kivipelto 2019.) Toimintamalliin sisältyvässä riskitestissä pisteytetään muistisairauden riskiin vaikuttavia tekijöitä; ikä, koulutus, sukupuoli, systolinen verenpaine, painoindeksi, kokonaiskolesteroli ja liikunta. Riskipisteiden perusteella arvioidaan prosentuaalisesti, millainen riski on sairastua muistisairauteen seuraavan 20 vuoden aikana.

Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen

Tähän kehittämistyöhön valittiin valideja mittareita, joiden tulokset voitiin selkeästi kirjata tapahtumassa kävijöiden toimintakyvyn omaseurantalomakkeisiin. Tästä

syytä sosiaalisen toimintakyvyn kartoittamista ei toteutettu keskustellen avoimien kysymysten avulla. Tapahtumassa oli tarkoitus käyttää WHOQOL-BREF -mittaria, joka on Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittarin lyhyt versio. Mittarin käyttö ei vaadi erillistä koulutusta, mutta kyselyn pisteytykseen sekä käsikirjaan tulisi olla riittävä perehtyneisyys. Taustaorganisaatiosta ei löytynyt mittariin perehtynyttä asiantuntijaa, joten sitä ei otettu käyttöön tapahtumassa.

Audit -kyselyllä voidaan mitata useamman toimintakyvyn osa-aluetta, joista yksi on sosiaalinen toimintakyky. Tapahtumassa kyselyä oli tekemässä mielenterveys- ja päihdepalvelujen palveluohjaaja, jolla on työssään käytössä kyseinen kysely. Audit-kysely on apuväline alkoholin riskikäytön tunnistamiseen. Alkoholin riskikäytön tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on tärkeää, jotta sen aiheuttamat sosiaaliset, psyykkiset sekä fyysiset haitat voidaan ennaltaehkäistä ajoissa. Kyselyssä on kymmenen kysymystä, joista kolme ensimmäistä mittaa alkoholin kulutusta ja loput kysymykset alkoholin käytöstä aiheutuneita haittoja. Kyselyssä 8 – 13 pistettä viittaavat alkoholin käytön riskeihin. Yli 65 -vuotiailla alkoholin riskikäytön alaraja on seitsemän pistettä eli hieman normaalia alhaisempi. Ikärajaa ei voida kuitenkaan pitää yksiselitteisenä. Elimistön kykyyn sietää alkoholia vaikuttavat ikääntymisen lisäksi sairaudet sekä lääkehoidot. (Telakivi 2011; Alkoholiongelman hoito: Käypähoito suositus 2018.)

Toimintakyvyn omaseurantalomake

Ikääntyvien hyvinvointitapahtumaan kehitettiin tapahtuman järjestäjien toimesta seulalomake, joka myöhemmin nimettiin toimintakyvyn omaseurantalomakkeeksi (liite 1). Lomake jaettiin osallistujille tapahtumaan saapuessa. Lomakkeeseen oli tehty värilliset ”kaistat” siten, että jokaisen omat mittaustulokset kirjattiin vihreälle, keltaiselle tai punaiselle alueelle. Mittaustulosten viitearvot poimittiin Toimia -tietokannassa saatavilla olevista valideista toimintakykymittareista. Toimintakyvyn omaseurantalomake tietoineen jäi osallistujalle itselleen. Värikoodit toimivat visuaalisena ohjauksena kuin liikennevalot liikenteessä; vihreä tulos merkitsee, että asiat ovat hyvin ja voi jatkaa samaan tapaan. Keltaiselle kirjattu tulos osoitti, että asiaan on syytä kiinnittää huomiota ja yrittää kehittää toimintakykyä kyseisellä osa-alueella. Punaiselle kaistalle kirjattu tulos edellytti osallistujalta yhteydenottoa ennaltaehkäisevän

työn ohjaajaan. Hänen vastaanotollaan mietittäisiin yhdessä asiakkaan kanssa, mitä toimintakyvyn huomattavan vajauksen korjaamiseksi olisi tehtävissä. Tarkoituksena oli, että osallistuja pitää toimintakyvyn omaseurantalomakkeen tallessa. Osallistumalla joka toinen vuosi toistuvaan hyvinvointitapahtumaan hän saa tietoa, mitä muutoksia hänen toimintakyvyssään on tapahtunut.

6.8 Prosessin, vaikutusten ja tulosten arviointi

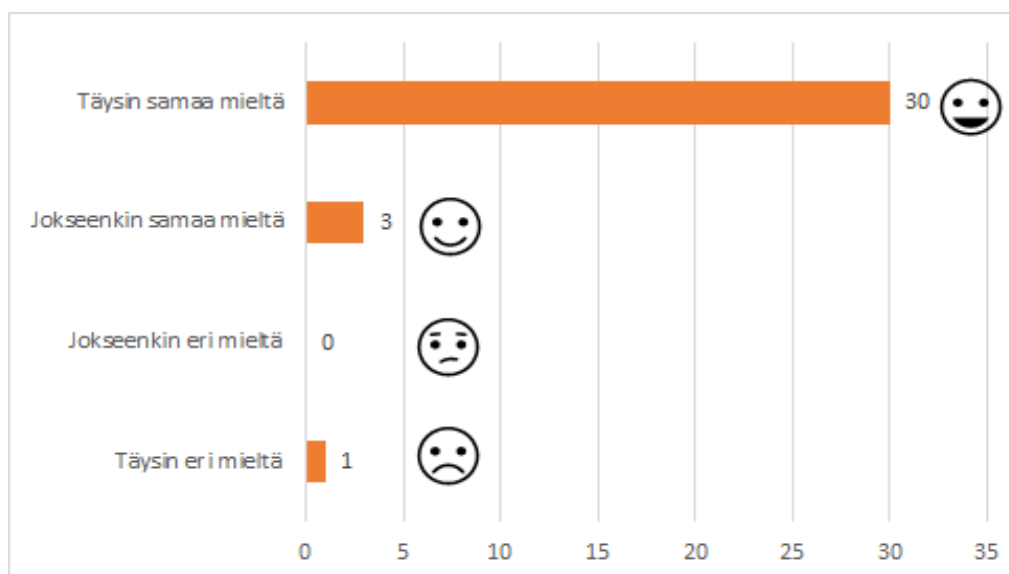
Prosessin arviointi

Prosessin arvioinnissa keskitytään toiminnan laadun ja kohderyhmän saavuttamisen arviointiin. Arviointiin voi sisällyttää kaikki suoritukset, käytännön toteutuksen sekä mahdollisten tukijoiden arviot. (Räsänen 2010, 115.)

Kehittämistyön aktiivisempi työstäminen kesti reilun vuoden ajan. Prosessia helpotti osaltaan se, että toimintamallin luominen liittyi kiinteästi ennaltaehkäisevän työn kehittämiseen, joka on osa kehittämistyön toteuttajien työnkuvaa. Valmiit yhteistyöverkostot helpottivat prosessin aikana työskentelyä aina suunnitteluvaiheesta toteutukseen. Taustaorganisaatio oli koko ajan tietoinen työskentelyn etenemisestä, mitä tehtiin ja millä tavoin, lisäksi se antoi tarvittavan resurssoinnin käyttöön intervention toteutusvaiheeseen. Vanhuspalvelujohtajalta on saatu lupa myös jatkossa käyttää työntekijäresurssia tapahtumissa tarvittaviin mittaaajiin.

Ikääntyvien hyvinvointitapahtumalla tavoitettiin kaikkiaan reilu kymmenesosa (13.4 %) kohderyhmään kuuluvista 65 vuotta täyttäneistä kohderyhmäksi valitun taajaman asukkaista (N=373 vuonna 2019). Osa kohderyhmästä tuli tietoisiksi tulevasta tapahtumasta jo suunnitteluvaiheessa osallistuessaan suunnittelutyöhön. Ennen lopullista intervention toteutusta ja sen ajankohdan laajempaa tiedottamista tuli tiedusteluja, milloin tapahtuma järjestetään, joten se herätti mielenkiintoa taajaman asukkaissa. Seurakunta toimi hyvänä yhteistyökumppanina ja etenkin tiedottaminen heidän toimintojensa yhteydessä tavoitti runsaasti kohderyhmää. Perinteinen ”puskaradio” osoittautui myös tehokkaaksi tiedottamiskanavaksi.

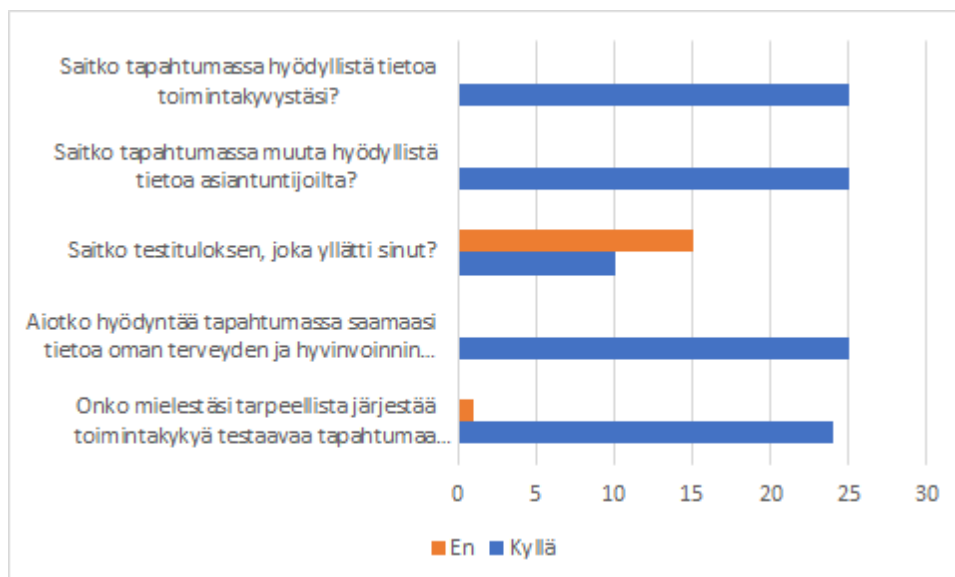
Tapahtumassa kerättiin palaute kahdella menetelmällä. Sähköisellä asiakastyytyväisyyden mittarilla vastattiin väitteeseen - Tapahtuma oli mielestäni tarpeellinen, jonka vastaukset on esitetty kuviossa 6. Palaute annettiin valitsemalla neljästä hymynäamasta vastaajan mielestä sopivin vaihtoehto. Sähköisen palautteen antoi 34 kävijää (68 %), joista suurin osa (88 %) koki tapahtuman tarpeelliseksi.



Kuvio 6. Yhteenveto tapahtuman sähköisestä palautteesta (N=34)

Kävijöistä puolet (n=25) palautti paperisen palautelomakkeen. Palautelomakkeessa oli viisi kysymystä, joihin vastattiin valitsemalla kyllä tai ei vastausvaihtoehdoista vastaajan mielestä sopivin (kuvio 7). Palautelomakkeessa esitettiin kysymykset:

1. Saitko tapahtumassa hyödyllistä tietoa toimintakyvystäsi?
2. Saitko tapahtumassa muuta hyödyllistä tietoa asiantuntijoilta?
3. Saitko testituloksen, joka yllätti sinut?
4. Aiotko hyödyntää tapahtumassa saamaasi tietoa oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä ja kehittämisessä?
5. Onko mielestäsi tarpeellista järjestää toimintakykyä testaava tapahtuma?



Kuvio 7. Yhteenvedo tapahtuman palautelomakkeista (N=25)

Saitko testituloksen, joka yllätti sinut? - kysymyksen (3. kysymys) kyllä vastausvaihtoehdon yhteydessä esitettiin lisäksi avoin kysymys, jolla haluttiin tarkennusta, mistä testituloksesta oli kyse ja mikä siinä yllätti. Kyseiseen kysymykseen vastanneista 40 prosenttia (10 henkilöä) vastasi kyllä ja yllättäväksi koettiin huono testitulos. Yllättävät testitulokset tulivat Finger-toimintamallista, kolesterolin sekä hemoglobiinin mittauksesta, käden puristusvoimasta sekä fyysisen toimintakyvyn mittauksessa tasapaino-osiosta.

Lomakkeen lopussa annettiin mahdollisuus avoimeen palautteeseen. Palaute oli pääosin hyvää. Vastaajat olivat tyytyväisiä järjestelyihin, kahvioon ja tapahtumasta saatava tietomäärä koettiin riittäväksi. Tapahtuman positiivinen ilmapiiri sai myös kiitosta. Terveysmittauspisteelle olisi toivottu useampaa mittaajaa, jottei jonottamiseen olisi kulunut niin paljon aikaa.

Tapahtumaan oli etukäteen ilmoittautunut 30 henkilöä, mutta lopullinen kävijämäärä oli suurempi, 50 henkilöä. Lopullinen kävijämääräluku perustuu tapahtumassa jaettujen toimintakyvyn omaseurantalomakkeiden määrään. Järjestäjien sekä mittaajien havaintojen mukaan suurin kävijämäärä saavutettiin heti tapahtuman alkupuolella.

Tämä aiheutti alkuun hieman jonoja joillakin mittauspisteillä. Suurin osa mittauspisteistä sijaitsi isossa yhteisessä tilassa. Ihmisiä ohjattiin hajaantumaan eri pisteisiin, jolloin saatiin vähennettyä jonottamista. Suuri määrä ihmisiä yhtä aikaa samassa tilassa aiheutti jonkin verran taustamelua ja vaikeutti jossain tilanteissa mittaamista. Esimerkiksi näön tutkimuksessa tutkittavan ja mittaajan oli haastavaa kommunikoida heidän välimatkansa vuoksi. Näön tutkimuksen kannalta valaistus oli myös riittämätön. Ongelman tultua ilmi valaistusta pyrittiin parantamaan lisävalolla.

Terveysmittaukset toteutettiin yhdellä mittauspisteellä ja piste osoittautui yhdeksi suosituimmista, mittauksien maksullisuudesta huolimatta. Tila oli erillään muista mittauspisteistä ja rajattuna sermeillä. Mittaaja koki mittauspisteen ajoittain rauhatto-
mana, koska sermien takaa kurkittiin eikä omaa vuoroa aina maltettu odottaa ja antaa rauhaa meneillään olevalle mittaustilanteelle.

Vaikutusten arviointi

Vaikutusten arviointi kohdennetaan suunnitteluvaiheen terveyttä edistävän toiminnan ja terveyskäyttäytymisen tavoitteisiin eli Precede -vaiheen käyttäytymis- ja ympäristöarviointiin sekä kasvatukselliseen ja ekologiseen arviointiin. Arvioinnissa huomioidaan siis altistavat, vahvistavat ja mahdollistavat sekä merkittävimmät ympäristötekijät. (Räsänen 2010, 115.)

Tämän intervention kautta tavoiteltava terveyskäyttäytymisen muutos oli ikääntyvien tietoisuuden lisääminen omasta toimintakyvystä ja vastuun ottaminen omasta terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisestä. Ikääntyvien tietoisuuden lisääminen omasta toimintakyvystä toteutui intervention aikana niiltä osin, mihin mittauksiin he tapahtumassa osallistuivat. Toimintakyvyn mittauspisteillä ei pidetty erillistä kirjanpitoa mahdollisesta tapahtumaan osallistuneiden jatkotoimenpiteisiin ohjauksesta. Seniorineuvolan vastaanotolla on käynyt kolme tapahtumassa kävijää, joista jokainen on esittänyt vastaanottokäynnillään seulalomakkeensa. Kaksi henkilöä on kertonut saaneensa ikääntyvien hyvinvointitapahtumassa ohjauksen hakeutua vastaanotolle. Syyt vastaanotolle ohjautumiseen olivat korkeat verenpaine-arvot sekä huoli fyysisestä toimintakyvyn alenemisesta. Yksi henkilö halusi käydä vielä seulalomakkeen

henkilökohtaiset mittaustulokset yhdessä lävitse ammattilaisen kanssa. Nämä esi-
merkit voivat tarkoittaa, että vastuun ottamiseen omasta terveydestä ja hyvinvoin-
nista oli ”herätty” toteutetun intervention seurauksena.

Tulosten arviointi

Tulosten arviointi kohdennetaan toteutetun intervention pitkäaikaisiin vaikutuksiin. Arvioinnissa voidaan hyödyntää suunnitteluvaiheen epidemiologisen arvioinnin tee-
moja, kuten sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Arviointi voidaan kohdentaa myös sosi-
aaliin mittareihin, joita on määriteltä jo suunnitteluvaiheen aikana. (Räsänen 2010,
115.)

Ikääntyvien hyvinvointitapahtuman tulosten arviointia voidaan tehdä joiltain osin
vasta siinä vaiheessa, kun vastaavanlainen tapahtuma järjestetään uudestaan. Jos
seuraavaan tapahtumaan osallistujat ovat säilyttäneet aiemman toimintakyvyn mit-
tauksen tuloslomakkeensa, on mahdollista verrata, mitä toimintakyvylle on mittaus-
ten välisenä aikana tapahtunut. Tällä hetkellä vaikuttaa siltä, että ikääntyvien hyvin-
vointitapahtumassa käytetyt toimintakyvyn mittarit toimivat hyvin ja näitä kannattaa
myös jatkossa käyttää. Elämänlaatua mittaava mittari puuttui nyt tapahtumasta,
mutta tuleviin tapahtumiin tällaisen mittarin mukaanotto on tärkeää, jotta eri toi-
mintakyvyn osa-alueet tulee huomioiduksi riittävän kattavasti. Jatkossa toimintaky-
vyn mittareiden vakiintuessa mittauspisteillä mittaajat voivat anonymisti kirjata mit-
taustulokset muistiin ja näistä voidaan tehdä yhteenvetoja. Yhteenvetojen pohjalta
voidaan vertailla tuloksia Äänekosken eri taajamien kesken sekä seurata taajamako-
haisesti eri toimintakyvyn osa-alueiden mahdollisia muutoksia ikääntyvien hyvinvoin-
titapahtumien välillä.

7 Pohdinta ja johtopäätökset

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää toimintatapa, jolla voisi
tehostaa ikääntyvien ennaltaehkäisevää työtä Äänekosken kaupungissa. Lisäksi halut-
tiin lisätä ikääntyvien tietoisuutta toimintakyvystään sekä vastuunottoa omasta ter-
veydestä ja hyvinvoinnista. Tavoitteena oli suunnitella ja pilotoida ennaltaehkäisevä
ryhmämuotoinen hyvinvointitapahtuma ikääntyville sekä arvioida sen toimivuutta.

7.1 Kehittämistyön suunnittelu, toteutus ja arviointi

Suunnittelu

Tutkimuksellisen kehittämistyön suunnittelu aloitettiin toukokuussa 2018 käymällä keskustelua kehittämistyön aiheesta Äänekosken kaupungin perusturvajohtajan sekä vanhuspalvelujohtajan kanssa. Kun ylemmältä johdolta saatiin hyväksyntä kehittämistyön toteuttamiselle ja aihe muotoutui käytyjen keskustelujen pohjalta tarkemmaksi, lähetettiin sähköpostilla kysely Äänekosken kaupungin arjen tuen esimiehille sekä terveyspalveluihin. Kyselyllä kartoitettiin eri toimijoiden halukkuutta lähteä toteuttamaan yhteistyössä mahdollista hyvinvointitapahtumaa. Kehittämistyön aihe sai hyvän vastaanoton ja halukkuutta yhteistyöhön löytyi. Varsinainen työskentely kehittämistyön parissa on aloitettu vuoden 2019 alussa.

Ikääntyvien hyvinvointitapahtuman suunnittelusta alkaen haluttiin noudattaa Äänekosken kaupungin ikäpoliittisen strategian mukaista toimintatapaa tiedottamalla suunnitteilla olevasta tapahtumasta eri hallintokuntien edustajille. Heitä kehoitettiin myös osallistumaan suunnitteluun antamalla vinkkejä, mitä tapahtumassa olisi hyvä huomioida.

Melko aikaisessa vaiheessa suunnittelua päätettiin taajama, jossa ikääntyvien hyvinvointipäivä pilotoidaan. Kyseisen alueen asukkaat tiedettiin entuudestaan helposti innostuviksi, joten arveltiin, että tapahtumaan saataisiin osallistujia ilman suuria ponnisteluja. Ensimmäisiä kohderyhmälle suunniteltuja kyselyjä laadittaessa alettiin jo pohtia, miten tapahtumaan haluavat osallistujat saadaan tapahtumapaikalle.

Koko Äänekosken alue on laaja ja kaupungin taajamat koostuvat useammasta ”kylästä”. Välimatkat ovat pitkiä. Vaikka tapahtuman toimintamallin tarkoituksena oli jalkauttaa ennaltaehkäisevää työtä taajamiin lähemmäs asukkaita, tästä huolimatta hyvin todennäköisesti vieläkin jäi tavoittamatta suuri osa syrjäkylillä asuvia. Tämä on valitettavaa, sillä jo pelkästään sosiaalinen kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa voisi olla merkityksellistä syrjäkylillä asuvien asukkaiden kannalta. Kaupungin puolesta kuljetusten järjestäminen tapahtumiin yleisestikin on hankalaa, esimerkiksi vakuutusten sekä resursoinnin ja kustannusten vuoksi. Sosiaalista arviointia tehtäessä

ilmeni, ettei kyyditystä tapahtumaan varsinaisesti kaivattu. Todennäköisesti vastaajat asuivat kuitenkin lähempänä niin kutsuttua kirkonkylää eikä matka tapahtumapaikalle ollut pitkä. Toisaalta useilla ikääntyvillä voi olla naapureita tai lapsia, jotka tarjoavat kyytiä tarvittaessa. Kun hyvinvointitapahtumia järjestetään tulevaisuudessa, jokaisessa taajamassa on käytettävä muita paikallisia yhteistyökumppaneita, kuten seurakuntaa ja järjestöjä, jotta tapahtumaa saadaan markkinoitua sekä toteutettua.

Suunnitteluvaiheessa intervention toteuttajat laativat tapahtumaa varten toimintakyvyn omaseurantalomakkeen. Mahdollisimman monesta näkökulmasta pohdittiin, mitkä toimintakyvyn osa-alueet ovat merkittäviä itsenäisen kotona asumisen ja arki-toimista suoriutumisen kannalta. Osa mitattavista toimintakyvyn osa-alueista saattaa myös ennustaa toisen osa-alueen toimintakyvyn alenemaa tulevaisuudessa. Edellä mainituista syistä päädyttiin mittaamaan fyysistä toimintakykyä SPPB:n eli lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön, käden puristusvoiman, BMI:n eli painon ja pituuden suhteen, vyötärön ympärysmittan ja näön mittareilla. Psykykkistä toimintakykyä mitattiin GDS-15 -mittarilla. Kognitiivisen toimintakyvyn mittaamiseen käytettiin FINGER -toimintamallia mahdollisten muistisairauksien riskitekijöiden havaitsemiseksi. Sosiaalisen toimintakyvyn osa-aluetta mitattiin vain Audit -kyselyllä, joka on apuväline alkoholin riskikäytön tunnistamiseen. Sosiaalisen toimintakyvyn mittaamisessa olisi voinut käyttää esimerkiksi WHOQOL-BREF -mittaria, mutta tapahtumaan ei saatu asiantuntijaa, joka olisi käyttänyt mittaria aiemmin, joten se jätettiin tästä syystä käyttämättä. Kaikki mittauksissa käytetyt mittarit on otettu Toimia -tietokannasta ja olivat siten valideja.

Toteutus

Hyvinvointitapahtuman toteutuspaikka ei ollut paras mahdollinen tällaisen tapahtuman järjestämiseen, mutta taajamassa ei ole muuta tilaa, johon olisi mahtunut suurehko ihmisjoukko. Toimintakykymittauspisteitä oli tapahtumassa kahdeksan. Kaikki mittauspisteet piti saada järjestetyksi yhtenäiseen tilaan, joten järjestely vaati hie-
man luovuutta. Valaistus oli joihinkin toimintoihin, kuten näön tutkimiseen, liian heikko. Vaikka ulkona oli kaunis syyspäivä, aurinko ei päässyt valaisemaan sisätiloja riittävästi. Koska tapahtuma järjestettiin yhtenäisessä tilassa, ihmisten keskustelun

äännet häiritsivät jonkin verran mittausten tekemistä eikä tilasta voinut eristää yksittäisiä sopukoita intiimien asioiden keskustelua varten. Kahvio toimi tapahtumassa mainiosti.

Kohderyhmältä tiedusteltiin, mikä olisi tapahtumalle sopiva kuukausi, viikonpäivä ja kellonaika. Työstä vapautuneilla ihmisillä on niin paljon menoja, että oli tarpeellista miettiä aikataulua yhdessä. Kun tilaisuus alkoi klo 12, iso osa osallistujista oli paikalla jo klo 11.30. Muutenkin valtaosa osallistuneista kävi kahden ensimmäisen tunnin aikana, joten seuraavalla kerralla tiedetään varata tapahtumalle vähemmän aikaa.

Tapahtuma itsessään onnistui hyvin. Sekä mittaukseen ja infotehtäviin varatut asiantuntijat että osallistujat kokivat, että tilaisuudessa oli mukava tunnelma. Taajaman asukkaat tunsivat toisensa ja pääsivät mittausten lomassa vaihtamaan kuulumisia. Asiantuntijat hämmästelivät, kuinka henkilökohtaisia asioita osallistujat olivat halunneet jakaa heidän kanssaan, vaikka tilaa ei saanut jaetuksi yksityisiin looseihin.

Arviointi

Saatujen osallistujapalautteiden perusteella hyvinvointitapahtumaa pidettiin tarpeellisenä (kuvio 6). Vaikka tapahtuman vaikutusten arviointia ei vielä voi arvioida pitkällä aikavälillä, muutamat seikat osoittavat, että sillä on ollut merkitystä osallistujille. Jotkut osallistuneista ovat käyneet seniorineuvolan matalan kynnyksen vastaanotolla pyytämässä lisäneuvoja oman toimintakykynsä ylläpitämiseksi tai kehittämiseksi tai mittaustulosten selventämiseksi.

Thl:n johtavan asiantuntijan Ståhlin (2017) mukaan terveyden edistämisen intervention vaikuttavuuden mittaamisen haasteena on, että mikään yksittäinen toimenpide ei useimmiten ole riittävä. Esimerkiksi terveellisen ravitsemuksen tavoittelun juuret ulottuvat maatalouspolitiikkaan ja elintarviketeollisuuteen, kaupan toimintoihin ja viime vaiheessa henkilön omaan terveysuskomukseen ja terveyskäyttäytymiseen. Eikä kaikkien interventioiden vaikuttavuutta terveyskäyttäytymiseen ja terveydentilaan voida edes mitata. Silti interventio on voinut olla vaikuttava.

Internetissä tehdyn tiedonhaun perusteella Precede-Proceed -mallia on käytetty terveyden edistämistyössä ja toteutettujen interventtioiden arvioinnissa. Suomessa malliin liittyvät tutkimukset ovat lähinnä ylempien ammattikorkeakoulututkintojen opinäytteitä tai yliopistojen Pro gradu -tutkielmia. Aiheina näissä on ollut muun muassa tupakasta vieroittaminen, erilaiset liikkumisen lisäämiseen tähtäävät interventiot, ergonomiainterventiot, suunterveyden interventiot, terveystkasvatus sekä päihteiden ja tietokoneen liikkäytön ehkäiseminen. Turja (2009) on tehnyt väitöskirjatutkimuksen niin kutsutun Aslak -kuntoutuksen vaikuttavuudesta työkykyyn ja työyhteisöön.

Useimmissa Precede-Proceed -mallia hyödyntäneissä tutkimuksissa kohderyhminä ovat olleet nuoret tai työikäiset. Wallin (2002) on käyttänyt PP -mallia teoreettisen viitekehyksen osana esitellessään teorioita fyysisen aktiivisuuden edistämisestä. Varsinainen tutkimus kartoittaa ikäihmisten laituskuntoutusta toteuttavien ammattilaisten käsityksiä liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta. Wallin on hyödyntänyt tutkielmassa Precede-Proceed -mallin neljättä vaihetta eli kasvatuksellista ja ekologista arviointia ja määrittänyt altistavat, mahdollistavat ja vahvistavat tekijät sovellettuna fyysisesti aktiivisen elämäntavan omaksumiseen. Näissä määrittämissä oli yhteneväisyyksiä nyt toteutetun ikääntyvien toimintakykymittaus- ja hyvinvointitapahtuman vastaavaan PP -mallin sovellukseen.

Kansainvälisesti Precede-Proceed -mallia on hyödynnetty kansanterveystyössä käytettyjen interventtioiden ja ohjelmien suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Aiheina on ollut rinta-, eturauhas- ja kohdunkaulasyövän seulonta, rintojen itsetutkinta, sydänterveys, äitien ja lasten terveys, painonhallinta, tapaturmien ehkäisy, tupakoinnin, alkoholin ja huumeiden käytön ehkäisy sekä terveydenhuollon ammattilaisten koulutus. (Precede-Proceed Model 2020.) Thaimaassa on käytetty onnistuneesti PP -mallia ikääntyvien kaatumisen ehkäisyn interventiossa. Yhteisöperustainen kaatumisenehkäisy -ohjelma perustui yhteisön osallistumiseen ja Precede-Proceed -malliin monimenetelmäisenä interventiona. Se koostui kaatumisen ehkäisyn kampanjasta, riskinarvioinnista, koulutuksesta, tasapaino- ja liikuntaohjelmasta, kotikäynnistä lääkityksen arviointia varten, kotona olevien riskien hallinnasta ja kaatumisen ehkäisyn hallintajärjestelmästä. Tutkimuksen mukaan monimuotoinen kaatumisen ehkäisyn interventio on tehokas keino vähentää ikääntyneiden kaatumisia. (Kittipimpanon, Amnatsatsue, Kerdmongkol, Maruo & Nityasuddhi 2012, 222, 231.)

7.2 Eettisyys

Kehittämistyön eettisyyttä voi ja tulee tarkastella monikerroksisesti tieteen tekemisen ja ikääntyville suunnatun intervention toteuttamisen näkökulmista. Tieteen tekemisen etiikan kautta arvioidaan tutkijan esteellisyys tutkimuksen toteuttamisessa. On arvioitava, onko tutkija esteellinen käsiteltävään asiaan, asianosaisiin tai asiassa tehtävien päätösten kautta mukaan liittyviin henkilöihin sellaisessa vaikutussuhteessa, että hänen puolueettomuutensa voisi objektiivisesti tarkastellen vaarantua. Tutkijan on myös ollut sitouduttava, jo ennen tutkimuksen alkua, perehtymään riittävästi kehittämistyönsä aihealueeseen. (Opinnäytetyöprosessin eettiset suositukset – muistilista opiskelijalle ja ohjaajalle 2018, 1–5.) Tämän kehittämistyön tekijät ovat olleet esteettömiä ja ovat perehtyneet valitsemaansa aihealueeseen jo aiempien opintojen ja työkokemuksen kautta.

Kehittämistyön toteuttamiseksi ei tarvittu eettistä ennakkoarviointia, koska kehittämistyö pystyttiin toteuttamaan siten, että tutkittavien ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin eikä tutkimuksesta aiheutunut tutkittavina oleville ihmisille, yhteisöille tai muille tutkimuskohteille merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja. Interventiossa toteutettuihin toimintakyvyn mittauksiin osallistujalle kerrottiin, että osallistuminen mittauksiin oli täysin vapaaehtoista ja mittauksista sai halutessaan kieltäytyä. Osallistuja sai myös halutessaan keskeyttää osallistumisensa ilman kielteisiä seuraamuksia. Toimintakykymittauksiin osallistuneille kerrottiin, mitä niihin osallistuminen konkreettisesti tarkoitti ja, että mittaustulokset jäivät ainoastaan osallistujan itsensä käyttöön. Mittaustuloksia ei dokumentoitu mihinkään tietojärjestelmiin. Interventioon osallistuneille kerrottiin ymmärrettävä ja totuuden mukainen kuvaus tapahtuman tavoitteista ja siihen liittyvistä mahdollisista riskeistä. Interventiossa ei käsitelty osallistujien henkilötietoja mitenkään. Osallistujan ei tarvinnut sanoa tapahtumassa edes nimeään. (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa 2019, 7–9.)

Kehittämistyötä tehdessä keskusteltiin suunnitteluvaiheesta alkaen interventioon liittyvistä eettisistä näkökohdista. Jyrkämä ja Nikander (2013) olivat pohtineet, missä

määrin ikääntyviä voidaan velvoittaa ottamaan vastuuta omasta terveydestä ja hyvinvoinnista ja missä määrin voidaan velvoittaa esimerkiksi elintapojen muuttamiseen. Samanlaista pohdintaa tehtiin toimintakyvyn mittaamiseen liittyen. Tapahtuman järjestämisessä pidettiin tärkeänä, että kenenkään ei esimerkiksi tarvitse tuntea syyllisyyttä terveysvalinnoista, joita on elämän kulkunsa aikana tehnyt ja jotka nyt saattaisivat ilmentyä heikkoina mittaustuloksina. Tapahtuman tarkoituksena oli antaa mahdollisuus tarkastella omaa toimintakykyään ammattilaisten avulla.

Intervention toteuttamista suunniteltaessa pohdittiin tilajärjestelyjä toimintakykytestien mittausten tekemiseksi. Koska käytössä oli yhtenäinen suuri sali eikä ollut mahdollisuutta eristää kaikkia mittauspisteitä esimerkiksi sermien avulla, piti tilan käyttö suunnitella huolellisesti. Sydänpiirin käyttöön saatiin eristetyksi rauhallinen nurkkaus, jossa mittaaja pystyi ottamaan verinäytteitä ja tekemään verenpaineen mittauksia. Sermeillä saatiin eristetyksi myös rauhallisempi ja intiimimpi tila painon, pituuden ja vyötärön ympäryksen mittausta varten. Muut mittauspisteet olivat isossa tilassa vierakkain, mutta paikalla olleiden ihmisten puheen sorina peitti alleen yksittäisten ihmisten juttelun, joten keskustelu henkilökohtaisista asioista mahdollistui. Audit -alkoholin käytön riskitestin testauspistettä sekä inkontinenssiasiantuntijan esittelypöytää aiottiin ensin asemoida tilassa mahdollisimman huomaamattomaan paikkaan, kunnes huomattiin, että niitäkään pisteitä ei ole syytä ”häpeillä” vaan pitää tavanomaisena mittauspisteinä muihin verrattuna. Arkaluontoisten asioiden siirtäminen sivuun keskilattialta olisi saattanut vähentää näillä pisteillä asiointia ja olisi voinut tahattomasti luoda tai ylläpitää niihin jo muodostunutta stigmaa.

7.3 Luotettavuus

Kehittämistoiminnassa syntyvän tiedon tulee olla ennen kaikkea hyödyllistä. Sen käyttökelpoisuuden arviointi voidaan valita kahdesta näkökulmasta, prosessinäkökulmasta tai vaihtoehtoisesti kehittämistulosten näkökulmasta. Määrällisessä ja laadullisessa tutkimuksessa puhutaan tutkimuksen luotettavuudesta käsitteillä reliabiliteetti ja valideetti sekä vakuuttavuus, kehittämistoiminnan luotettavuutta kuvaa oleelli-

sesti sen käyttökelpoisuus. Kaikki edellä mainitut näkökulmat ovat kuitenkin sovellettavissa kehittämistoiminnan luotettavuuden arviointiin. (Toikko & Rantanen 2009, 121–122.)

Kehittämistoiminnan selkeät tutkimukselliset asetelmat kuvaavat osaltaan tieteellisen luotettavuuden kriteerejä. Validiteetti eli pätevyys liittyy määrälliseen tutkimukseen ja sillä ilmaistaan tutkimuksessa käytettyjen mittareiden tarkoituksenmukaisuutta ja oikeiden asioiden mittaamista. Reliabiliteetti eli luotettavuus käsitteenä liittyy niin ikään määrälliseen tutkimukseen, jossa olennaista on toistettavuus. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että toisen tutkijan toimesta tutkimustulokset oletettavasti ovat samansuuntaiset samanlaisia menetelmiä käyttäen. Kehittämistoiminnassa tämän kaltaisen luotettavuuden arviointi on haastavaa ja etenkin ryhmäprosesseihin liittyy usein haasteita, koska on kyse ryhmän jäsenten yksilöllisistä, kulttuurisista ja yhteisöllisistä tekijöistä. Toisin sanoen sosiaalisten prosessien toistettavuus on ongelmallista. Kehittämistoiminnassa syntyvä aineisto on usein vähäistä ja kyselylomakkeiden laadinta joudutaan usein toteuttamaan nopeasti. Vakuuttavuudella viitataan laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto esitellään mahdollisimman avoimesti yhdessä tutkijan omien argumenttien kanssa. Luotettavuuteen liittyy myös tutkimusaineiston huolellinen läpikäyminen. Kehittämistoimintaan liittyy myös näiden lisäksi luotettavuustekijänä eri toimijoiden sitoutuminen toimintaan läpi kehittämisprosessin ajan. (Toikko & Rantanen 2009, 122–124.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti merkittävästi kahden tutkijan työskentely tässä kehittämistyössä. Koko kehittämisprosessin ajan keskustelu oli aktiivista ja yhteistyö tiivistä. Kohderyhmän tapaamiset, aineistojen keruu sekä analysointi toteutettiin yhdessä. Tutkijoiden eri ammattitaustat toivat työskentelyyn erilaisia näkökulmia, ja tätä haluttiin käyttää mahdollisimman paljon hyödyksi. Käytössä oli tutkijoiden sosiaalihuollon, johtamisen sekä terveydenhuollon osaamista. Kohderyhmänä ikääntyvät sekä ennaltaehkäisevä työ ja sen toimintakenttä Äänekosken kaupungissa oli molemmille ennestään tuttua. Kehittämistyö sai alkunsa todellisesta työelämän tarpeesta.

Precede-Proceed -mallin avulla kehittämistyön eteneminen oli järjestelmällistä sekä johdonmukaista. Mallin vaiheet ja niiden eteneminen pyrittiin raportissa selittämään ja kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, tällä tavoin toiminta tuotiin avoimeksi ja luotettavaksi. Malli ohjasi intervention suunnittelua ja toteutusta laaja-alaisesti. Se auttoi yhdistämään niin subjektiivisia kuin objektiivisia näkökulmia ja rakentamaan interventiota, joka oli tutkimukselliseen tietoon perustuva ja kuitenkin samalla myös kohderyhmän näköinen tapahtuma. Jo ennen Precede-Proceed -mallin valitsemista oli selvää, että intervention kohderyhmä otetaan mukaan työskentelyyn heti suunnitteluvaiheessa. Tällä haluttiin varmistaa, että kohderyhmän ääni saatiin kuuluviin ja tapahtuman toteutus sekä sisältö vastasivat mahdollisimman kattavasti heidän toiveitaan. Oli hyvä järjestää kaksi kohderyhmän tapaamista. Tällä tavoin pystyttiin keräämään tietoa erilaisin menetelmin sekä tapahtuman toteutuksesta että sisällöstä.

Kehittämistyössä toteutettiin kaksi varsinaisesti määrälliseen tutkimukseen viittaavaa kyselyä. Kyselylomakkeet testattiin ja tapahtumakutsut luetutettiin ennakkoon. Saadun palautteen perusteella tehtiin tarvittavat muutokset ja näin pyrittiin varmistamaan, että aineistot ovat ymmärrettävässä muodossa kohderyhmää ajatellen ja kerättävä tieto muodostuu mahdollisimman luotettavaksi. Ensimmäisellä kyselyllä kerättiin kohderyhmältä alustavaa tietoa tapahtuman sisältöön sekä käytännön järjestelyihin liittyen. Kyselyn toistettavuus ei luonnollisestikaan onnistu eri kohderyhmällä, sillä sen toteutukseen vaikuttaa sosiaaliset prosessit ja intervention toteutusympäristö. Vaikka kyselylomake osoittautui joiltain osin haastavaksi täyttää, sillä saatiin kuitenkin oleellisin tieto kerättyä ja hyödynnettyä intervention suunnitteluun. Toinen kysely oli tapahtumassa kävijöiden palautekysely. Kyselyn vastausprosentti oli 68 (n=34). Saadun palautteen pohjalta tapahtuman onnistumista ja sen kehittämiskohteita voitiin arvioida riittävästi sekä luotettavasti. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta oli hyvä, että tapahtumapalautetta kerättiin kahdella eri menetelmällä. Tavoitteena oli saada mahdollisimman kattavaa palautetta, mutta palautteen antamiselle oli hyvä antaa mahdollisuus myös lyhyemmässä muodossa, jos kävijä ei olisi jostain syystä onnistunut kyselylomakkeen täyttämisessä. Sähköiseen asiakastytytyväisyyskyselyyn kävijän oli helppo vastata ja se oli helppo toteuttaa.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Internetissä tehdyn tiedonhaun perusteella vaikuttaa siltä, että maassamme ei ole toteutettu useita ikääntyvien toimintakyvyn mittauksen interventioita. Sen vuoksi on vaikea verrata tapahtumien sisältöjä tai menetelmiä keskenään. Päijät-Hämeessä on toteutettu vuosina 2002-2012 kehittämis- ja tutkimushanke Iki-Hyvä. (Haapola, Karisto & Fogelholm 2013, 3.) Kyseisessä hankkeessa oli samoja teemoja ja toimintatapoja kuin tässä kehittämistyössä. Esimerkiksi riskihenkilöiden tunnistamisessa käytettiin seulontamenetelmää, jossa mitattiin osallistujien toimintakykyä muun muassa käyttämällä fyysisen toimintakyvyn arviointiin SPPB -mittaria. Lisäksi arvioitiin muistia, mielialaa, ravitsemusta sekä alkoholin käyttöä. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointia oli tehty lomakekyselyllä. (Heinonen 2013.)

Toteutetun intervention ja siitä saadun palautteen perusteella tapahtumaan osallistuneet ikääntyvät ovat kiinnostuneita toimintakyvystään ja pitivät toimintakyvyn mittausta hyödyllisenä. Vaikka useimmat osallistujat eivät välttämättä hakeutuneet eivätkä hakeudu keskustelemaan ammattilaisten kanssa mittaustuloksistaan, he saattavat silti tulokset saatuaan innostua muuttamaan omaa terveyskäyttäytymistään suotuisampaan suuntaan. Myös myönteisillä tuloksilla on merkitystä, kun tietää toimintakyvyn olevan hyvän, se kannustaa ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja.

Tämän intervention tavoitteena oli tehostaa ikääntyvien ennaltaehkäisevää työtä Äänekosken kaupungissa. Ajatuksena oli, että voitaisiin tavata iso joukko seniori-ikäisiä, 65 vuotta täyttäneitä, kuntalaisia ja mahdollistaa heille tiedon saanti omasta toimintakyvystä ja ohjata ottamaan vastuuta omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. Tällaista ryhmämuotoista toimintakyvyn mittaustapahtumaa ei ollut toteutettu tällä menetelmällä ainakaan intervention toteuttajien asuinseudulla. Onko kyseessä siis innovaatio? Pohjolan ja Koiviston (2013, 90–93) mukaan näin voidaan tulkita: ”Innovaationa voidaan pitää jotain sellaista, jossa on jollakin tavalla tarkasteltuna jotain uutta, jossa idea ja/tai keksintö on viety menestyksekkäästi käytäntöön ja joka ratkaisee niitä ongelmia, joita varten se on kehitetty.” Innovaatio merkitsee ideoita, kehittelyjä ja keksintöjä, jotka on viety käytäntöön. Käytäntöön vieminen voi tarkoittaa esimerkiksi

palvelun käyttöön ottamista tietyssä paikallisessa ympäristössä tai useissa eri ympäristöissä. Kehitetty ratkaisu muuntuu omanlaisekseen siinä ympäristössä, johon se on siirretty. Tämän intervention kehittäjät ovat esitelleet toimintakyvyn mittaustapahtumaa tavatessaan kollegojaan maakunnallisissa kokoontumisissa. Tapahtuma on herättänyt eri toimijoiden kiinnostuksen ja etenkin tapahtumaa varten kehitetty toimintakyvyn omaseurantalomake on haluttu ottaa käyttöön muissakin maakunnan kunnissa.

Toteutetussa ikääntyvien hyvinvointitapahtumassa olivat asiantuntijoina toimintakyvyn mittaajien lisäksi suun terveydenhuollon edustajat, inkontinenssihoitaja sekä asuntojen korjausneuvoja. Seuraavalla tapahtumakierroksella voisi ottaa mukaan lisää eri alojen asiantuntijoita. Ikääntyvien parisuhdeasiat ja seksuaaliterveys ovat merkittävä osa terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Teemat ovat yleisesti melko vaiettuja ja ikääntyvien kohdalla seksuaalisuutta pidetään herkästi edelleen tabuna. Seksuaalisuus saatetaan myös ajatella liian yksipuolisesti sukupuolielämään liittyvänä, vaikka laajasti ajatellen siihen sisältyy kaikki naisena ja miehenä olemisen muodot. Näiden aiheiden liittäminen hyvinvointitapahtumaan voisi antaa ikääntyville mahdollisuuden keskustella kyseisistä asioista osana normaalia elämää.

Ikääntyvien toimintakykyinterventioon voisi liittää esimerkiksi seuruututkimusta. Olisi mielenkiintoista saada tietää, miten toimintakykymittaus on liittynyt ikääntyvän terveyskäyttäytymiseen ja siinä mahdollisesti tapahtuneisiin muutoksiin vuosien edetessä. Tapahtuman jälkeen olisi hyvä tutkia asiakkaiden kokemuksia hyvinvointitapahtumaan osallistumisesta. Saatuja tuloksia voisi hyödyntää tapahtuman jatkokehittelyssä.

Opinnäytetyönä kehitettyä tuotosta, ikääntyvien toimintakyvyn mittaustapahtumaa, voidaan hyödyntää paitsi Äänekosken eri taajamissa toistuvina tilaisuuksina, myös missä tahansa kunnassa. Lisäksi tapahtumaa sekä omaseurantalomaketta voi hyödyntää eri konteksteissa kohderyhmille teemoja ja mittareita vaihtamalla.

Lähteet

- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim*, Helsinki (127): 2265–2275. Viitattu 21.6.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/21/duo99873>
- Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? *Duodecim*, Helsinki (133): 1015–1021. Viitattu 2.2.2020. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/232065/duo13734.pdf?sequence=1>
- Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Viitattu 22.12.2019. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50028#K1>
- Arolaakso, S. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2017. Toimintakyvyn arvioinnista vanhustyön arjessa – kuvaus Eheä Elämän Ehtoo -hankkeesta. *Gerontologia* 4/2017: 291 – 300. Viitattu 1.12.2019. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/66228/28345?acceptCookies=1>
- Binkley, C.J. & Johnson, K.W. 2014. Application of the Precede-Proceed Planning Model in Designing an Oral Health Strategy. *J Theory Pract Dent Public Health* 2014:1(3). Viitattu 16.2.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4199385/pdf/nihms-589862.pdf>
- Crosby, R. & Noar, S. M. 2011. What is a planning model? An introduction to Precede-Proceed. *Journal of Public Health Dentistry*. 71 /2011: 7–15. Viitattu 16.2.2020. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1752-7325.2011.00235.x>
- Dickens, A.P., Richards, S.H., Greaves, C.J. & Campbell, J.L. 2011. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *Public Health* 647/2011: 1–22. Viitattu 26.1.2020. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-11-647>
- Elintavat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 2019. Viitattu 9.6.2019. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat>
- Eronen, J., Paakkari, L., Portegijs, E., Saajanaho, M. & Rantanen, T. 2018. Assessment of health literacy among older Finns. *Aging Clinical and Experimental Research* 2019, 31, 4, 549–556. Viitattu 10.7.2019. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1104-9>

Forsman, A. K. 2012. The Importance of Social Capital in Later Life Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention among Older Adults. Väitöskirja. Gothenburg: NHV: n pohjoismainen kansanterveyskoulu. Viitattu 26.4.2020. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:787130/FULLTEXT01.pdf>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. & Sartorius, N. 2015. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry* 14:2, 231 – 233. Viitattu 26.4.2020. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/wps.20231>

GDS-15, Myöhäisiän depressioseula. 2013. Terveysportti. Toimia tietokanta. Viitattu 1.12.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>

Geriatrinen depressioasteikko. Duodecim Käypähoito. Viimeisin muutos 2019. Viitattu 1.12.2019. <https://www.kaypahoito.fi/pgr00024>

Green, J. & Tones, K. 2012. *Health Promotion Planning and Strategies*. 2nd Edition.

Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. 2015. *Health Promotion. Planning & Strategies*. UK: CPI Group.

Haapola, I., Karisto, A. & Fogelholm, L. 2013. Vanhuusikä muutoksessa. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen tuloksia 2002–2012. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän julkaisu 72. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/41032/vanhuusika_muutoksessa.pdf?sequence=2

Haarni, I. (toim.), Viljanen, M. & Hansen, M. 2014. Ikääntyvä mieli. Mielen hyvinvointia vanhetessa. Suomen Mielenterveysseura. Viitattu 24.11.2019. https://kotkanolo-neuvokset-elakkeensaajat-fi-bin.directo.fi/@Bin/0c522dea696a478fd99390ee5961877a/1574603362/application/pdf/4176540/ikaantyvamieli_final.pdf

Health Literacy. N.d. World Health Organization (WHO). Viitattu 10.7.2019. <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>

Heinonen, H. 2013. Toimintakyvyn arviointi ja tukeminen yhteistyöllä – toimintamalli Ikihyvä Päijät-Häme. Viitattu 5.4.2020. https://www.voimaavanhuuuteen.fi/content/uploads/2016/04/Heinonen_Toimintakyvyn_arviointi_ja_tukeminen_yhteistyolla_toimintamalli_Ikihyva_Paijat-Hame.pdf

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B. & Layton, J.B. 2010. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*. 2010: Vol 7 (7): 1000316. Viitattu 8.12.2019. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1000316&type=printable>

Idea- ja varhaisvaiheen kehittäminen. 2013. Innokylä. Päivitetty 4.3.2013. Viitattu 26.1.2019. <https://www.innokyla.fi/web/malli167242>

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 4.4.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf

Ikääntymispoliittinen ohjelma vuosille 2018 –2022 - Yhdessä tulevaisuuteen. 2018. Äänekoski. Viitattu 6.2.2020 <https://www.aanekoski.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/vanhuspalvelut/kooste-vanhuspalveluista/IPO2018-2022.PDF>

Jylhä, M., Finne-Soveri, H., Björkman, M., Isola, A., Jyrkämä, J., Karjalainen, P., Lappalainen, J., Lindberg, O., Lupsakko, T., Merikanto, T., Pietikäinen, S., Pitkälä, K., Rantanen, T., Saarenheimo, M., Sulkava, R., Talja, M., Viitanen, M. & Voutilainen, P. 2012. Konsensuslausuma Kohti parempaa vanhuutta. Viitattu 29.12.2019. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/konsensuslausuma20122.pdf>

Jyrkämä, J. & Nikander, P. 2013. Vanheneminen, hoiva ja arkietiikka. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia, 549–554. Saarijärvi: Saarijärven Offset.

Keskitalo, E. 2020. Osallistavan tutkimuksen ja kehittämisen teoreettisia ja menetelmällisiä lähtökohtia. Teoksessa Helminen, J. (toim.) Näkökulmia osallistavaan tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaan. Diakonia-ammattikorkeakoulun TKI-toiminnan vuosikirja 5. Tampere: PunaMusta Oy, 22–35. Viitattu 5.4.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/333626/DIAK_Ty%C3%B6el%C3%A4m%C3%A4_18_web.pdf?sequence=2&isAllowed=y#page=24

Kittipimpanon, K., Amnatsatsue, K., Kerdmongkol, P., Maruo, S.J. & Nityasuddhi, D. 2012. Development and Evaluation of a Community-based Fall Prevention Program for Elderly Thais. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 16,3: 222 – 235. Viitattu 9.5.2020. <https://janet.finna.fi, CINAHL>.

Koivula, A-K. 2013. Ehkäisevä vanhustyö sosiaalitaloudellisen arvioinnin näkökulmasta. Lisensiaattitutkimus. Tampereen yliopisto: Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Viitattu 5.1.2020. <https://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=9f7c250a-6988-4ba2-a97b-d317040a457d>

Kostilainen, H., Määttä, A., Nieminen, A. & Perikangas, S. 2020. Yhteiskehittäminen hyvän elämän palvelujen muotoiluna. Teoksessa Helminen, J. (toim.) Näkökulmia osallistavaan tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaan. Diakonia-ammattikorkeakoulun TKI-toiminnan vuosikirja 5. Tampere: PunaMusta Oy, 36–49. Viitattu

5.4.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/333626/DIAK_Ty%C3%B6el%C3%A4m%C3%A4_18_web.pdf?sequence=2&isAllowed=y#page=24

Kulmala, J., Ngandu, T., Lehtisalo, J. & Kivipelto, M. 2019. FINGER-toimintamalli osaksi ikääntyvien terveydenedistämistyötä. Ikäosaamisen verkkojulkaisu IkäNYT 1/2019. Karelia ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.10.2019. <http://www.karelia.fi/ikanyt/2019/02/11/finger-toimintamalli/>

Kuntien avainluvut. 2018. Tilastokeskus. Viitattu 23.8.2019. <https://www.stat.fi/tup/alue/kuntienavainluvut.html#?year=2019&active1=SK135>

L980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 22.8.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=i%C3%A4kk%C3%A4iden>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2017:6. Viitattu 2.6.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf

Larivaara, M. 2016. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:50. Kärkihanke. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Viitattu 25.8.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75362/Rap_ja_mui_2_2016_.pdf

LEA-Test Ltd. 2018. Käyttöohjeet LEA-testeille. Päivitetty 21.2.2018. Viitattu 17.11.2019. <http://www.lea-test.fi/index.html?start=su/nakotest/instruct/instruct.html>

Learning cafe eli oppimiskahvila. 2016. Innokylä. Päivitetty 3.2.2017. Viitattu 23.2.2020. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/learning-cafe-eli-oppimiskahvila>

Linnasaari, A. & Hankonen, N. 2019. Miten terveyskäyttäytymiseen voidaan vaikuttaa? Interventioiden suunnittelun ja arvioinnin pääpiirteitä. Artikkeliteoksessa Terveyden Psykologia toim. Sanna Sinikallio. Viitattu 8.2.2020. https://www.helsinki.fi/sites/default/files/atoms/files/miten_terveyskayttaytymiseen_voidaan_vaikuttaa.pdf

Lääketieteen sanasto. 2019. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 9.6.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03441

Lääketieteen sanasto. 2019. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 24.8.2019.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01376

Mitä toimintakyky on? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Päivitetty 27.9.2019. Viitattu 27.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on> Moilanen, T., Pietilä, A-M. & Kangasniemi, M. 2015. Yksilön terveysvalinnat ja vastuu osana itsemääräämisoikeutta. Asiakirja-analyysi sosiaali- ja terveysministeriön informaatio-ohjauksesta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 2015:52. 268–281. Viitattu 1.1.2020. <https://journal.fi/sla/issue/view/3630>

Moreira, N., Gonçalves, G., Silva, T., Zanardini, F. & Bento, P. 2018. Multisensory exercise programme improves cognition and functionality in institutionalized older adults: A randomized control trial. *Physiotherapy Research International*, 23,2, e1708. Viitattu 26.4.2020. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.

Mustajoki, P. 2019. Ikääntyneen lihavuus – milloin ja miten voi laihduttaa? Duodecim 22.1.2019. Viitattu 16.11.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01153

Mäkelä, M., Autio, T., Heinonen, H., Holma, T., Häkkinen, H., Hänninen, T., Pajala, S., Sainio, P., Schroderus, K., Seppänen, M., Sihvonen, S., Stenholm, S. & Valkeinen, H. 2013. Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. Päivitetty 2018. Viitattu 8.6.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131193/2_Suositus%20toimintakyvyn%20arvioinnista%20iäkkään%20väestön%20hyvinvointia%20edistävien%20palveluiden%20yhteydessä_2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Ngosa Mumba, M., Mugoya, G., Jurczyk, A. & Robb, M. 2020. Associations among Balance Self-Efficacy, Physical Function, and Pain Interference among Community-Dwelling Older Adults. *MEDSURG Nursing*, 29, 1, 19–26. Viitattu 26.4.2020. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.

Nikula, T. (toim.) 2011. Arvioi ja kehitä. Kokoelma terveyden edistämisen malleja, mittaristoja ja menetelmiä. Helsinki: Trio – Offset. Viitattu 5.1.2020. https://soste.sivuvuudakko.fi/media/pdf/julkaisut/arvioijakehita_sisus_trio.pdf

Näkeminen. Näkövammaisten liitto ry. N.d. Viitattu 17.11.2019. <https://www.nkl.fi/fi/nakeminen>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro.

Opinnäytetyöprosessin eettiset suositukset - muistilista opiskelijalle ja ohjaajalle. 2018. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 4.4.2020. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6prosessin%20eettiset%20suositukset%20muistilista%20opiskelijalle%20ja%20ohjaajalle.pdf>

Painopiste preventioon Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä 2017. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. Viitattu 3.6.2019. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2017/04/Konsensuslausuma-2017.pdf>

Partanen, J., Forma, L. & Rissanen, P. 2018. Ikääntyneille suunnatun sosiaalisen markkinoinnin interventioiden taloudellinen arviointi – kartoittava kirjallisuuskatsaus. Gerontologia, 32, 2, 79–101. Viitattu 29.11.2019. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/66682/34741>

Pitkälä, K. & Strandberg, T. 2018. Sairauksien ehkäisy kannattaa vielä vanhanakin. Duodecim 2018; 134:1141–1148. Viitattu 6.6.2019. <http://hdl.handle.net/10138/237452>

Pohjola, P. & Koivisto, J. 2013. Innovaatiot käytäntöinä Systeminen innovaatiomalli sosiaali- ja terveysalan kehittämistoiminnan perustaksi. Yhteiskuntapolitiikka 78,1, 89–98. Viitattu 5.4.2020. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104500/pohjola.pdf?sequence=1>

Pohjolainen, P., Heimonen, S. & Simonen, M. 2009. Toimintakyvyn osa-alueita. Teoksessa Pohjolainen, P. & Heimonen, S. (toim.) Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti: Oraita 1/2009. Viitattu 27.10.2019. https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Oraita_1-2009-pdf.pdf

Precede-Proceed Model. Päivitetty 15.4.2020. Encyclopedia of Public Health. Viitattu 9.5.2020. <https://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/precede-proceed-model>

Punna, M. & Raitio, K. 2016. Mobiilimenetelmät ja pelillisuus työmenetelminä sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä. Finnish Journal of eHealth and eWelfare, 8 (4), 224–230. Viitattu 6.1.2020. <https://journal.fi/finjehew/article/view/60199>

Rimpelä, M. 2010. Terveydenhoidosta terveyden edistämiseen. Teoksessa: Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 11 – 32. Viitattu 2.6.2019. julkari.fi/bitstream/handle/10024/80332/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Räsänen, J. 2010. Terveyden edistämisen suunnittelua ja arviointia: Precede-Proceed -malli. Teoksessa Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. Pietilä, A-M. (toim.) Helsinki: WSOYPro. 100–116.

Sairastavuusindeksi 2014 – 2016. N.d. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.2.2020. http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/2016/kunnat_html/atlas.html?select=091&indicator=i0

Sairausryhmittäiset indeksit 2017. N.d. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.3.2020. http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/2016/kunnat_html_profiili/atlas.html?select=091&indicator=i0

Serper, M., Patzer, R., Curtis, L., Smith, S., O’Conor, R., Baker, D & Wolf, M. Health Literacy, Cognitive Ability, and Functional Health Status among Older Adults. Health Services Research. 2014, 49 (4): 1249-1267. Viitattu 10.7.2019. <https://janet.finna.fi/Academic Search Elite>.

Sihto, M. 2016. Terveyden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalis - rakenteellinen ja kolmas tie. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.) 2016. Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus - lähestymistapoja ja ratkaisuja. 14 – 42. Viitattu 25.2.2020. <https://jyu.finna.fi, Ellibslibrary>

Sillanpää, E., Laakkonen, E., Vaara, E., Rantanen, T., Kovanen, V., Sipilä, S., Kaprio, J. & Ollikainen, M. 2018. Biological clocks and physical functioning in monozygotic female twins. BMC Geriatrics 18, artikkeli numero 83. Viitattu 16.11.2019. <https://bmc-geriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0775-6>

Simonen, M. 2009. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Pohjalainen, P. & Heimonen, S. (toim.) Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti: Oraita 1/2009. Viitattu 1.12.2019. https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Oraita_1-2009-pdf.pdf

Solin, P., Partonen, K., Suvisaari, A., Tamminen, K. & Viertiö, S. 2018. Psyykinen toimintakyky ja positiivinen mielenterveys. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus, 148–150. Raportti 4/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 24.11.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, F. & Brand, H. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12, artikkeli numero 80. Viitattu 9.5.2020. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>

State of The Health in the EU Finland Country Health Profile 2017. European Commission. Viitattu 22.5.2019. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/355979/Health-Profile-Finland-Eng.pdf?ua=1

Stenholm, S., Punakallio, A. & Valkeinen, H. 2013. Käden puristusvoima. Toimia mittarit. Päivitetty 18.4.2013. Viitattu 15.11.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>

Ståhl, T. 2017. Terveysten edistämisen vaikuttavuus ja mittaaminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 133(10):971–973. Viitattu 4.4.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/10/duo13735>

Ståhl, T, Wiss, K, Hakamäki, P & Saaristo V. 2015. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuminen kunnassa – rakenteet, vastuut, seuranta ja voimavarat. Tutkimuksesta tiiviisti 31/2015. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.8.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126897/URN_ISBN_978-952-302-527-1.pdf?sequence=1

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkajulkaisu]. ISSN=1797-5379. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 23.8.2019. <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>

Taajama- ja haja-asutusalueväestö iän ja sukupuolen mukaan kunnittain. 2018. Tilastokeskus. Viitattu 29.2.2020. http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/statfin_vaerak_pxt_11s7.px/table/tableViewLayout1/

Taajamat väkiluvun ja väestötiheyden mukaan. 2018. Tilastokeskus. Viitattu 29.2.2020. https://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/statfin_vaerak_pxt_11s8.px/table/tableViewLayout1/

Taipale, T. & Sirola-Korhonen, K. 2017. Osallistavat menetelmät. Vinkkejä ja virikkeitä kouluttajalle. Helsinki: Kansan Sivistystyön Liitto KSL ry ja KSL-opintokeskus. Viitattu 28.3.2020. <http://www.ksl.fi/wp-content/uploads/2017/10/Osallistavat-menetelm%C3%A4t-KSL-verkko.pdf>

Telakivi, T. 2011. AUDIT-kysely. Toimia-mittarit. Viitattu 22.12.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>

Terveysten edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Päivitetty 2019. Viitattu 2.6.2019. <https://stm.fi/terveyden-edistaminen>

Terveysten edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2006:19. Viitattu 2.6.2019. http://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adbcba5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466

The Mandate for health literacy. 2016. World Health Organization (WHO). Viitattu 10.7.2019. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>

Tiikkainen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. Gerontologia, 284–290. Saarijärvi: Saarijärven Offset.

Tiikkainen, P. & Pynnönen, K. 2018. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. Viitattu 1.12.2019. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132198/18_Sosiaalisen%20toimintakyvyn%20arviointi%20ja%20mittaamisen%20vaestotutkimuksessa.pdf?sequence=2

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopistopaino. Viitattu 12.1.2020. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Toimia käsikirja 2.0: Kuvaus toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin suositusten sekä mittariarviointien laadinnasta TOIMIA- asiantuntijaverkostossa. 2017. Viitattu 22.5.2019. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132218/TOIMIA-kasikirja%202.0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Turja, J. 2009. Ammatillisesti syvennetyn kuntoutuksen lääketieteellisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Kuntoutus osana työpaikan terveyden edistämistä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto: lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 9.5.2020. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66416/978-951-44-7559-7.pdf?sequence=1>

Tuulaniemi, J. 2015. Palvelumuotoilu osallistuvan innovaatiotoiminnan menetelmänä. Teoksessa Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Toim. J. Saarisilta ja J. Heikkilä. Raportti 4/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 20.1.2020. <http://www.julkari.fi/handle/10024/125768>

Työttömien osuus työvoimasta 1987 – 2018. 2019. Tilastokeskus. Kuntien avainluvut. Viitattu 25.2.2020. https://vertinet2.stat.fi/verti/graph/viewpage.aspx?ifile=quick-tables/kuntien_avainluvut_2019/avainluku_M162&isext=true&lang=3&x=800&y=800&rind=1,312

Uusitalo, H., Mikhailova, A., Sainio, P. & Koskinen, S. 2018. Näkö ja Kuulo. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi FinTerveys 2017-tutkimus, 113-117. Raportti 4/2018. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.11.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vaarama, M., Munkkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. 2014. 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu ja elinolot. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Anu Muuri (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2014. Viitattu 24.8.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125340/THL_TEE022_2014verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Valkeinen, H. & Anttila, H. 2014. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi? Fysioterapia 4, 5–10. Viitattu 11.7.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116875/Valkeinen%20%20Anttila%20Fysioterapia%204_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Valkeinen, H., Stenholm, S., Sainio, P., Pajala, S. & Vaara, M. 2014. SPPB, Lyhyt fyysisen toimintakyvyn testistö. Toimia-mittarit. Päivitetty 22.4.2014. Viitattu 27.10.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>

Van Aerschot, L. 2014. Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Viitattu 1.1.2020. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/96130/978-951-44-9568-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Virtanen, M., Singh-Manoux, A., Batty, G.D., Ebmeier, K.P., Jokela, M., Harmer, C.J. & Kivimäki, M. 2017. The level of cognitive function and recognition of emotions in older adults. Plos One 2017;12: 1–11. Viitattu 21.6.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5627907/pdf/pone.0185513.pdf>

Voutilainen, P. & Heino, R. 2006. Teoksessa Terveysten edistämisen laatusuositus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2006:19. 68–69. Viitattu 9.6.2019. http://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adbcba5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466

Vuoksimaa, E. 2019. Kognitiivisten toimintojen muutokset – mikä on ikääntymistä, mikä sairautta? Duodecim 2019;135: 1075–1084. Viitattu 21.6.2019. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo14952.pdf>

Wallin, A. 2002. Ikäihmisten laitostuntoutusta toteuttavien ammattilaisten käsityksiä liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto: Terveystieteiden laitos. Viitattu 9.5.2020.
<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/8226/1/marwal.pdf>

Watson, N. L., Rosano, C., Boudreau, R. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Sutton-Tyrrell, K., Hardy, S. E., Atkinson, H. H., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B. & Newman, A. B. 2010. Executive Function, Memory, and Gait Speed Decline in Well-Functioning Older Adults. *Journal of Gerontology*: 2010/10:1093–1100. Viitattu 1.12.2019.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2949334/pdf/glq111.pdf>

White, N., Lenz, T. & Smith, K. 2013. Tool guide for lifestyle behavior change in a cardiovascular risk reduction program. *Psychology Research and Behavior Management* 2013:6, 55-63. Viitattu 8.2.2020.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3751462/pdf/prbm-6-055.pdf>

World report on ageing and health. 2015. World Health Organization (WHO). Viitattu 27.10.2019. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

Ylimäki, E-L. 2015. Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Väitöskirja. Oulun yliopisto: Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 6.2.2020. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526207520.pdf>

Liitteet

Liite 1. Toimintakyvyn omaseurantalomake "seulalomake"



TOIMINTAKYKYMITTAUKSEN SEULALOMAKE 18.9.2019

Muistathan säilyttää lomakkeen seuraavaa mittauskertaa varten!

TESTI	HYVÄ TULOS, JATKA ENTISEEN TAPAAN	PYRI PARANTAMAAN TULOSTA	OTA YHTEYS TERV.HOITAJAAN
KÄDEN PURISTUSVOIMA	5=selvästi keskimääräistä parempi 4= jonkin verran keskimääräistä parempi 3=keskimääräinen	2= jonkin verran keskimääräistä heikompi	1= selvästi keskimääräistä heikompi
OMA TULOS			
SPPB= lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö	12-10=alaraajojen suorituskyky normaali	9-7=alaraajojen suorituskyky hieman alentunut	6-0=riski päivittäisen toimintakyvyn rajoituksille suurentunut
OMA TULOS			
BMI=painoindeksi	18,5-25=normaali paino	25-30= ylipaino eli lievä lihavuus	>18.5=alipaino 30-35= merkittävä ylipaino 35-40= vaikea lihavuus yli 40= sairaalloinen lihavuus
OMA TULOS			
VYÖTÄRÖN YMPÄRYSMITTA	<94 =miehet <80 =naiset	94-101=miehet 80-87=naiset	>102 =miehet >88 =naiset
OMA TULOS			
GDS-15=masennuksen seulonta	0-4=ei viittaa masennukseen	5-9=lievä masennus	10-15=keskivaikea tai vaikea masennus
OMA TULOS			

TESTI	HYVÄ TULOS, JATKA ENTISEEN TAPAAN	PYRI PARANTAMAAN TULOSTA	OTA YHTEYS TERV.HOITAJAAN
FINGER =muistisairauksien riskitesti	0-5=ei riskiä	6-9= suurentunut riski	10-14=merkittävä riski
OMA TULOS			
AUDIT =alkoholin käytön riskitesti	0=ei riskiä	1-6=riskit vähäisiä	7 ja enemmän=riskikäyttö
OMA TULOS			
HEMOGLOBIINI	117-155 g/l =naiset 134-167 g/l =miehet		
OMA TULOS			
VERENSOKERI	alle 7,8 kahden tunnin kuluttua ruokailusta		
OMA TULOS			
KOLESTEROLI	kokonaiskolesteroli >5		
OMA TULOS			
VERENPAINE	90-130/60-85 =normaali	130-159/85-99	160-/100-
OMA TULOS			
NÄKÖ	1,0= normaali		
OMA TULOS	oikea vasen yhteisnäkö yhteisnäkö silmälaseilla		